Canada

Prévention et contrôle de l'hypertension artérielle au Canada

Rapport d'un groupe de travail fédéral-provincial

Santé et Bien-être social Canada
Health and Welfare Canada

Prévention et contrôle de l'hypertension artérielle au Canada

Préparé pour le
Comité consultatif fédéral-provincial
des services de santé communautaire
par le groupe de travail fédéral-provincial
sur la prévention et le contrôle de l'hypertension
artérielle au Canada, 1983

Publication autorisée par le ministre de
la Santé nationale et du Bien-être social

Also available in English under the title "The Prevention
and Control of High Blood Pressure in Canada"

Imprimé 1986

AVANT-PROPOS

En février 1982, le Comité consultatif fédéral-provincial des services de santé communautaire a recommandé aux Sous-ministres de la Santé la création d'un groupe de travail qui aurait pour mission de formuler une stratégie de prévention de l'hypertension artérielle au Canada. La proposition ayant été acceptée, un comité de quatre personnes a été formé.

À titre de membres du groupe de travail, nous espérons que ce rapport servira d'amorce à la formulation de mesures propres à améliorer la prévention et le contrôle de l'hypertension artérielle au Canada.

Ella B. MacLeod, R.N., M.S., présidente

Harold N. Colburn, M.D., M.P.H.

David R. MacLean, M.D., C.C.F.P., M.H.Sc.

Gerald E. Sinclair, M.D., F.R.C.P. (C)

REMERCIEMENTS

Les membres du groupe de travail tiennent à remercier les représentants d'organismes et d'associations et les personnes qui, en participant à des réunions, en répondant à des questionnaires ou en présentant des mémoires, ont considérablement facilité la tâche du groupe. Leurs remerciements vont tout particulièrement à la direction et aux membres de la Société canadienne de l'hypertension, tant pour leurs conseils que pour leur rapport (mai 1982) sur la situation actuelle de l'hypertension au Canada.

Nous remercions Graham Ward, coordonnateur du National High Blood Pressure Education Program des États-Unis, qui a su nous expliquer les programmes américains et nous aider à obtenir des renseignements, ainsi que Edward Roccella, qui lui a succédé.

Nos remerciements vont également à John Southard et ses collègues du Maryland High Blood Pressure Program, grâce auquel nous avons beaucoup appris sur les programmes américains, ainsi qu'à A. Ostfeld, D. D'Atri et leurs collaborateurs du Connecticut High Blood Pressure Program, pour l'accueil qu'ils nous ont réservé lors de nos visites.

Les membres du groupe de travail remercient également les représentants des gouvernements fédéral et provinciaux qui leur ont prêté main forte et prodigué de précieux conseils, et tout particulièrement Helen Clow et Sandra Chatterton, de même que les docteurs H. Johansen, P. Lavigne, E. Nicholls et A. Petrasovits. Ils remercient enfin les services de traduction, de secrétariat et d'informatique, qui les ont aidés à mener le projet à bien.

92-07329/

TABLE DES MATIÈRES

Introduction, sommaire et recommandations 1
- Introduction 1
- Sommaire 3
- Recommandations 6

Situation actuelle de l'hypertension au Canada 9
- Nature et ampleur du problème 9
- Méthodes de lutte actuelles 13

Éléments de solution 15
- Nécessité d'une action concertée 15
- Recherche et collecte de données 16
- Grands principes et orientations générales 21

Stratégies d'un programme canadien 28
- Éducation 28
- Mise au traitement 34
- Observation 38
- Permanence des soins 39

Réaction de la collectivité 45
- Coordination 45
- Rôles et milieux 47
- Ressources 49

Conclusions 50

Bibliographie 52

Appendices 58

Résultats de l'enquête menée auprès des organismes et des associations 59

Résultats de l'enquête menée auprès des infirmières d'hygiène du travail 69

Réunion nationale d'août 1982: Lettre d'invitation et liste des participants 80

INTRODUCTION, SOMMAIRE ET RECOMMANDATIONS

INTRODUCTION

L'hypertension artérielle constitue un facteur de risque important dans le développement des maladies cardio-vasculaires - attaques d'apoplexie, crises cardiaques, défaillances rénales. Ces maladies sont elles-mêmes à l'origine d'une part importante des incapacités et des décès prématurés dans notre société. Trois enquêtes récentes consacrées respectivement à l'alimentation, à la santé et à la condition physique des Canadiens ont démontré qu'un grand nombre de personnes souffraient d'hypertension non traitée. Comme l'hypertension peut aujourd'hui être soignée efficacement, la forte incidence de la maladie vient sans doute d'une faiblesse des méthodes de dépistage ou de traitement. Les possibilités qu'offre la prévention primaire de l'hypertension méritent aussi d'être examinées.

En prévenant et en contrôlant l'hypertension artérielle, on réduirait considérablement le nombre des incapacités et des décès au Canada. On allégerait également le fardeau financier et social des familles et du système de santé. L'hypertension artérielle préoccupe un nombre croissant de personnes, d'administrations publiques, d'organismes sanitaires. C'est précisément à cause de l'ampleur du problème et parce qu'il semblait qu'on pouvait et qu'on devait faire davantage que le groupe de travail fédéral-provincial sur la prévention et le contrôle de l'hypertension a été créé.

La contribution de personnes compétentes a été d'une précieuse aide au Comité consultatif dans l'exécution de son travail. Des représentants d'associations professionnelles et d'organismes sanitaires connexes ont été consultés lors de la réunion en août 1982. Nombre de personnes et d'organismes ont été sollicités à l'aide d'un questionnaire. Des discussions avec le coordonnateur du National High Blood Pressure Education Program ont apporté des vues pénétrantes sur les programmes américains de contrôle de l'hypertension artérielle. De nombreux centres de programmes de contrôle de l'hypertension artérielle du Connecticut et du Maryland ont été visités. De plus, la documentation pertinente a été revue.

Ce rapport est le fruit d'une année de travail. Il se propose tout d'abord de susciter un effort national de prévention et de contrôle de l'hypertension. On y présente succinctement les conclusions du groupe de travail, l'ampleur du problème et la forme que pourrait prendre un programme de contrôle efficace et novateur. Le rapport n'énonce pas de norme de mesure ou de traitement. Certaines tâches importantes ont déjà été entreprises par d'autres - le groupe de travail sur l'hypertension du Conseil ontarien de la santé et la Société canadienne de l'hypertension, par exemple. Les auteurs ne considèrent pas isolément la question de la prévention. Ils examinent plutôt les possibilités générales de prévention primaire de l'hypertension et des maladies cardio-vasculaires, la prévention secondaire des maladies cardio-vasculaires étant implicitement associée au contrôle de l'hypertension. Ils espèrent surtout que le rapport constituera l'amorce de développement d'une approche concertée de lutte plus efficace que jamais contre l'hypertension.

Les auteurs espèrent que le Comité consultatif mettra le rapport à la disposition de toutes les personnes associées à l'administration et à la prestation des soins de santé, et que les professionnels de la santé et les organismes auxquels ils appartiennent prendront pleinement conscience de la gravité du problème de l'hypertension et de la nécessité d'une mobilisation générale des ressources. L'éducation du public, des professionnels et des patients revêt une importance capitale. Les administrations publiques, les organismes sanitaires, les professionnels de la santé et le grand public doivent être sensibilisés de toute urgence à la nécessité de l'action. Il importe qu'on établisse et qu'on applique des normes et des directives de dépistage, de diagnostic, de traitement et de postobservation des cas d'hypertension.

C'est par de telles mesures que les Canadiens arriveront à réduire le nombre des incapacités et des décès imputables aux complications de l'hypertension.

SOMMAIRE

L'hypertension artérielle est l'une des principales causes de maladies cardio-vasculaires. Selon des enquêtes menées au Canada, 10 à 15 p. 100 des Canadiens adultes souffrent d'hypertension. Bon nombre d'entre eux, surtout les hommes, sont hypertendus sans le savoir et les cas connus ne sont pas toujours bien traités. L'hypertension compte parmi les troubles les plus souvent diagnostiqués et elle est responsable des nombreux contacts médecin/malade et des sommes considérables consacrées à l'achat de médicaments. Les données actuelles montrent que malgré la disponibilité de traitements efficaces et l'affectation de sommes importantes, on n'a pas réussi à contrôler efficacement l'hypertension artérielle parmi les Canadiens.

Il existe une multiplicité de normes qui régissent le diagnostic et le traitement de l'hypertension artérielle. Au Canada, les programmes coordonnés de lutte contre l'hypertension artérielle sont rares. Il existe bien des cliniques de dépistage, mais peu de programmes permanents liés directement au système de soins ou qui comportent des stratégies à long terme de postobservation ou de respect des prescriptions médicales. De plus, il n'y a pas suffisamment de matériel éducatif consacré à l'hypertension dans l'une ou l'autre des langues officielles.

Le groupe de travail attribue l'échec des activités de lutte contre l'hypertension artérielle au Canada à deux causes principales: le manque de méthodes organisées de planification, d'éducation des spécialistes et du public, de dépistage, de postobservation et d'évaluation; les pressions exercées sur les médecins pour qu'ils offrent des services curatifs plutôt que préventifs. Il faudra qu'on s'attaque à ces importantes questions si l'on veut amener les personnes qui souffrent d'hypertension à se faire soigner et à suivre les prescriptions du médecin.

La formulation de stratégies de lutte contre l'hypertension artérielle doit s'inspirer des données de base sur les opinions et les habitudes du public et des spécialistes. De plus, il faudra créer des mécanismes de

coordination à l'échelle nationale et provinciale afin d'aborder d'une manière globale l'élaboration des programmes et du matériel éducatif.

Ce sont évidemment les médecins exerçant en clientèle privée, particulièrement les omnipraticiens, qui joueront le rôle le plus important dans le contrôle de l'hypertension, puisque dans environ 90 p. 100 des cas, ce sont eux qui assurent le traitement des personnes qui souffrent d'hypertension. Toutefois, le système de santé publique, le milieu de travail et les organismes bénévoles et professionnels peuvent appuyer les médecins, et grâce à des efforts concertés, sensibiliser l'opinion publique et amener la population à prendre des mesures contre les facteurs de risque et abaisser ainsi le nombre et la proportion des personnes dont la pression sanguine atteint des niveaux inacceptables (avec les conséquences que l'on sait). Au chapitre de l'organisation des programmes, la réorientation des priorités des bureaux de santé locaux offre d'intéressantes possibilités; les bureaux pourraient en effet assurer le leadership et les services de soutien nécessaires. De plus, le milieu de travail constitue un excellent point de coordination des programmes de lutte contre l'hypertension - particulièrement parmi la population masculine.

Le programme de prévention et de contrôle de l'hypertension artérielle proposé dans ces pages repose sur quatre stratégies de base: éducation du grand public, des spécialistes et des malades; système de dépistage de l'hypertension et de mise sous traitement des malades; observation multiforme de la population; maintien sous traitement des malades par les moyens nécessaires (postobservation, suivi et autres moyens d'incitation au respect des prescriptions). Les programmes ne prendront sans doute pas tous la même forme partout. Il faudra donc prévoir une foule de stratégies et de programmes, mais dans un cadre commun. Ainsi, pour faciliter les échanges entre les divers segments du système ainsi que la mise en application des quatre stratégies de base, il faudra prévoir deux stratégies parallèles; l'une pour coordonner les efforts et assurer les échanges de renseignements et l'autre, pour réunir les données de base nécessaires à la planification, à l'élaboration du programme et à l'évaluation.

L'élaboration de programmes de lutte coordonnés nécessite certains fonds et beaucoup d'efforts. Cependant, nous ne recommandons pas l'injection de sommes fabuleuses dans le réseau de santé. Plutôt, les efforts visant à amener les organismes bénévoles, professionnels et publics à planifier et à élaborer des mesures appropriées auront un effet catalyseur considérable et inciteront ces groupes à agir.

RECOMMANDATIONS

Comme la lutte contre l'hypertension artérielle peut contribuer à réduire le nombre des incapacités et des décès prématurés attribuables aux crises cardiaques et aux maladies du coeur et du rein,

1) *il est recommandé que le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social crée, en collabor ti avec des organismes de santé bénévoles et professionnels, un mécanisme national de coordination de la lutte contre l'hypertension artérielle;*

2) *il est recommandé que l'organisme national de coordination accorde la priorité aux programmes d'éducation du public, des spécialistes et des malades, ainsi qu'à l'élaboration et à la promotion d'objectifs, de buts, de normes et de directives qui orienteront la formulation et la mise en place de politiques et de programmes de prévention et de contrôle de l'hypertension axés aussi bien sur le dépistage, le diagnostic, la recherche, le traitement, la formation des spécialistes de la santé et des bénévoles, que sur la collecte de données nécessaires à la planification et à l'évaluation;*

3) *il est recommandé que les provinces et les territoires s'entendent pour organiser, en collaboration avec les organismes de santé bénévoles et professionnels et les autres corps consultatifs utiles, la planification, l'organisation, la promotion et l'évaluation de programmes de prévention et de contrôle de l'hypertension artérielle qui viennent appuyer les soins médicaux existants tout en s'y intégrant;*

4) *il est recommandé que les programmes de lutte contre l'hypertension artérielle au Canada poursuivent les buts suivants:*

éducation - *sensibiliser le public, les spécialistes de la santé et les personnes souffrant d'hypertension au problème de l'hypertension et aux facteurs de risque qui lui sont associés, et les inciter à l'action;*

observation - *multiplier les centres de mesure périodique de la pression sanguine et s'assurer qu'ils sont en rapport avec un service de soins;*

mise au traitement - *assurer le dépistage, l'évaluation et la mise au traitement des personnes souffrant d'hypertension artérielle;*

permanence des soins - *prévoir des mesures de postobservation et de suivi ainsi que d'autres formes d'aide propres à assurer le respect du traitement;*

5) *il est recommandé que les bureaux de santé locaux réorientent leurs priorités et consacrent les ressources nécessaires à l'élaboration de programmes de lutte contre l'hypertension;*

6) *il est recommandé que dans le lieu de travail, la priorité soit accordée à la mise sur pied de programmes de lutte contre l'hypertension;*

7) *il est recommandé que les gouvernements fédéraux, provinciaux et territoriaux prennent immédiatement des mesures pour encourager et préparer les travailleurs de la santé et les responsables de programmes dans les services de santé locaux ainsi que les représentants de groupes d'employeurs et d'employés à participer aux programmes de lutte contre l'hypertension;*

8) *il est recommandé que le Conseil de la recherche médicale, le Programme national de recherche et de développement en matière de santé, la Fondation canadienne des maladies du coeur, la Fondation canadienne des maladies du rein ainsi que d'autres sources de financement consacrent d'importantes sommes additionnelles à la recherche et à la création d'une véritable base de connaissances sur la prévention et le contrôle de l'hypertension au Canada.*

SITUATION ACTUELLE DE L'HYPERTENSION AU CANADA

NATURE ET AMPLEUR DU PROBLÈME

L'hypertension artérielle est l'une des quatre principales causes de maladies cardio-vasculaires dans les pays industrialisés, les trois autres étant la cholestérolémie élevée, le tabagisme et le diabète sucré. Ces facteurs agissent aussi bien isolément qu'ensemble. Leurs conséquences - les maladies ischémiques du coeur, les attaques d'apoplexie et les autres maladies non transmissibles ou chroniques, en particulier - constituent maintenant dans les pays comme le Canada un sujet de préoccupation plus vif que les maladies infectieuses. Les quatre principaux facteurs de risque des maladies cardio-vasculaires se prêtent tous à des mesures de prévention ou de contrôle susceptibles de réduire le nombre des incapacités, d'améliorer la qualité de la vie, voire d'éviter des décès.

Ces dernières années, le taux de mortalité imputable aux maladies cardio-vasculaires a fléchi, pour des raisons encore mal comprises, au Canada et dans certains autres pays - les États-Unis notamment. Les maladies cardio-vasculaires n'en constituent pas moins la principale cause de décès des hommes et des femmes, et, au Canada, la première cause de perte d'années de vie avant 70 ans. Elles interviennent pour une large part des dépenses au titre des soins médicaux et de l'hospitalisation et comptent parmi les principales causes d'incapacité.

Le risque associé à l'hypertension augmente en proportion de la pression sanguine, sans toutefois qu'il y ait de seuil entre le niveau "normal" et le niveau "anormal". La forme de la courbe de distribution de l'hypertension est telle que la majorité des personnes atteintes se trouvent aux niveaux les moins élevés. Du point de vue de l'hygiène publique, par conséquent, l'hypertension "légère" a un effet plus marqué (en termes de risque) que ses formes plus graves.

Selon toute probabilité, de 10 à 15 p. 100 des Canadiens souffrent d'hypertension, traitée ou non. L'incidence de la maladie augmente avec l'âge: le quart ou plus des personnes de 65 ans et plus en sont atteintes.

Dans les trois enquêtes nationales au cours desquelles on a recueilli des données sur l'incidence de l'hypertension - enquêtes sur l'alimentation, la santé et la condition physique des Canadiens -, les données obtenues ne l'étaient pas sous une forme spécifiquement adaptée aux programmes de lutte contre l'hypertension. De plus, la pression sanguine n'était mesurée qu'en une seule occasion (sauf chez certaines des personnes qui ont participé à l'enquête sur la condition physique des Canadiens), et le nombre évalué n'était pas suffisant pour donner des estimations fiables de l'incidence de l'hypertension au niveau provincial ou régional. Les mesures uniques contribuent vraisemblablement à amplifier artificiellement l'incidence de l'hypertension, particulièrement à basse pression - à 90-100 mm de mercure (diastole), par exemple. Tous s'entendent cependant pour dire qu'un grand nombre de Canadiens souffrent d'hypertension non traitée.

L'Enquête de 1978-1979 sur la santé des Canadiens a révélé qu'environ 225 000 Canadiens, surtout des hommes, auraient presque certainement intérêt à être traités ou mieux traités contre l'hypertension, et qu'au moins un million de personnes devraient prendre des mesures pour abaisser leur pression sanguine et se soumettre ensuite à un programme de postobservation régulier. On a par ailleurs estimé que près d'un demi-million de personnes, surtout des femmes, se savaient atteintes d'hypertension et prenaient des médicaments en conséquence, mais que leur pression sanguine demeurait élevée. Par ailleurs les responsables de l'enquête ont été étonnés de constater que l'hypertension - pression diastolique de 105 mm de mercure ou plus - frappait quatre fois plus les hommes que les femmes. Les résultats d'une enquête plus récente sur la condition physique des Canadiens semblent montrer que ce rapport sexe masculin/sexe féminin serait plutôt voisin de deux. Cet écart tiendrait davantage au dépistage et au respect des prescriptions qu'à une différence réelle de l'incidence de l'hypertension. Près de 60 p. 100 des contacts médecin/malade relatifs à l'hypertension se font avec des femmes. Bien qu'on

s'entende généralement pour reconnaître qu'un grand nombre de Canadiens souffrent d'hypertension sans que cet état fasse l'objet d'un traitement, des études portant spécifiquement sur l'hypertension et fournissant des statistiques précises à ce sujet s'imposent de toute évidence.

Bien que le dépistage, le traitement et la postobservation de l'hypertension puissent être améliorés, l'hypertension donne lieu à une importante utilisation des services de santé, non pas seulement en raison de ses conséquences - attaques d'apoplexie, crises cardiaques, défaillances cardiaques et rénales -, mais également parce que le diagnostic et le traitement de l'hypertension représentent une part importante des contacts médecin/malade.

Dans l'Enquête sur la santé des Canadiens de 1978-1979, on a estimé que l'hypertension avait été à l'origine de 1,4 million de consultations de professionnels de la santé au cours des douze mois précédents. Seuls l'arthrite et le rhumatisme ainsi que les troubles associés à des membres ou des articulations ont nécessité plus de consultations. La proportion des personnes qui se savaient atteintes d'hypertension et qui consultaient un professionnel de la santé étaient, avec celle des diabétiques, de plus de 90 p. 100 - supérieure à celle des personnes de toute autre condition. Il appert donc que les difficultés associées à la lutte contre l'hypertension chez les personnes sous traitement ne peuvent pas être uniquement imputées à un manque de contacts médecin/malade.

Une analyse des données de l'IMS (Intercontinental Medical Statistics) Canada Limited démontre que l'hypertension était la maladie la plus souvent diagnostiquée en 1981 (4,3 p. 100 des diagnostics) et qu'elle avait donné lieu à 8,5 millions de contacts médecin/malade. Des malades, 81 p. 100 avaient été vus en cabinet privé, et 9 p. 100, à l'hôpital.

Parmi les visites, 9 p. 100 étaient des premières visites, et 91 p. 100, des visites ultérieures. Dans son rapport de 1981-1982, la Saskatchewan Medical Care Insurance Commission affirme que l'hypertension vient au troisième rang des services offerts par les médecins. Seuls la précèdent les

examens de santé (sans diagnostic spécifique) et les inflammations aiguës des voies respiratoires (grippe non comprise). L'hypertension représentait 3,1 p. 100 des services médicaux en Saskatchewan et 2,6 p. 100 (2,98 M$) des sommes versées aux médecins de la province en 1981-1982.

D'après les estimations d'IMS Canada Limited, les achats d'hypotenseurs et de diurétiques se sont élevés à 93 M$ en 1981, ce qui représente 8,3 p. 100 du marché des spécialités médicales (médicaments d'ordonnance et produits assimilés). Les achats de bêta-bloquants des pharmacies et des hôpitaux en 1981 se seraient élevés, selon les estimations, à 38 M$, ce qui représentait 3,4 p. 100 du marché des spécialités médicales, et une augmentation de 9 p. 100 par rapport à 1980. Ces substances ne s'utilisent toutefois pas uniquement dans le traitement de l'hypertension.

En mai 1982, l'atelier sur la situation de l'hypertension au Canada de la Société canadienne d'hypertension est parvenu à la conclusion suivante:

"Le principal problème associé à la pharmacothérapie de l'hypertension est celui de la conformité au traitement prescrit... Les méthodes grâce auxquelles on pourrait dépister et corriger les cas de non-conformité demeurent peu répandues"[1].

Les renseignements disponibles montrent que les importantes sommes consacrées au traitement de l'hypertension ne sont pas utilisées au mieux. Il est donc d'autant plus important que les personnes atteintes d'hypertension demeurent sous traitement et reçoivent des soins adéquats.

Si nous voulons réduire le nombre des victimes de l'hypertension au Canada, nous devrons:

---

1 Report of the Workshop on the Status of Hypertension in Canada, Société canadienne de l'hypertension, Montebello, mai 1982, p. 9

multiplier les efforts d'abaissement de la pression sanguine des personnes sous traitement dont la pression demeure incontrôlée;

multiplier les efforts de dépistage et de traitement des nombreuses personnes qui ne se savent pas atteintes d'hypertension;

multiplier les efforts d'abaissement du nombre disproportionné d'hommes atteints d'hypertension non contrôlée, que le phénomène soit imputable à une faiblesse des mesures de dépistage ou à une insuffisance des méthodes de traitement.

MÉTHODES DE LUTTE ACTUELLES

Les consultations menées au Canada et dont les résultats sont présentés en appendice ont démontré qu'il y avait peu de programmes coordonnés de lutte contre l'hypertension au pays. La plupart des programmes étaient offerts en milieu de travail, par de grandes entreprises. Dans la plupart des régions du pays, les examens et, dans une moindre mesure, l'éducation sanitaire se font sans concertation. Certains groupes - la Saskatchewan Heart Foundation, par exemple - ont cependant organisé des cliniques d'examen. La plupart du temps, les examens ne comportent qu'une unique mesure de pression et se font dans des centres commerciaux ou à l'occasion de foires médicales. L'éducation sanitaire se fait le plus souvent par petits secteurs géographiques ou au niveau de l'entreprise et se résume à la distribution d'imprimés ou à la diffusion de messages dans les médias. Si l'on excepte quelques programmes en milieu de travail, aucun n'assure de liens systématiques avec les services de santé ou ne comporte - sauf s'il s'agit d'un travail expérimental - de mécanismes de postobservation ou de respect des prescriptions à long terme.

Le contrôle de l'hypertension au Canada est presque entièrement laissé aux services de santé et aux médecins. Environ 90 p. 100 des contacts médecin/malade associés au traitement de l'hypertension se font dans les cabinets des omnipraticiens.

L'échec des mesures de contrôle de l'hypertension au Canada semble imputable à deux facteurs:

l'absence de mécanismes de planification, d'éducation des professionnels et du public, de dépistage, de postobservation et d'évaluation concertée;

les pressions exercées sur les médecins pour qu'ils offrent des services curatifs et qu'ils soignent les maladies aiguës, au lieu d'offrir des services préventifs et de soigner les maladies chroniques.

De l'avis du groupe de travail, l'absence d'approches concertées et de renseignements sur les caractéristiques des méthodes de traitement de l'hypertension est flagrante. Nous devons recueillir de plus amples renseignements sur la nature des traitements dispensés par les médecins dans les cas d'hypertension et sur les critères servant au choix d'un traitement. C'est seulement en réunissant des données sur le rôle des médecins et des malades dans l'échec apparent des mesures de lutte contre l'hypertension que nous arriverons à élaborer des stratégies propres à améliorer sensiblement les méthodes de contrôle de l'hypertension.

ÉLÉMENTS DE SOLUTION

NÉCESSITÉ D'UNE ACTION CONCERTÉE

Il est possible que, en continuant à tâtonner, nous parvenions à amoindrir les conséquences de l'hypertension artérielle. Ainsi, le taux de mortalité attribuable aux attaques d'apoplexie - conséquence la plus directe de l'hypertension - diminue rapidement. (Le phénomène a cependant commencé avant l'apparition de médicaments modernes et efficaces). De plus, on a observé ces dernières années que le taux de mortalité associée aux crises cardiaques avait diminué.

Il est évident, cependant, que de nombreux Canadiens - des hommes surtout - souffrent d'hypertension non contrôlée et qu'ils sont par conséquent plus exposés à certaines affections: attaques d'apoplexie, crises cardiaques, défaillances cardiaques et rénales, troubles de la vision. Ces personnes pourraient être rejointes si l'on faisait des efforts systématiques pour mesurer la pression sanguine des adultes, puis mettre et garder sous traitement les personnes qui souffrent d'hypertension. Le programme américain de lutte contre l'hypertension auquel participent des organismes publics et bénévoles nationaux et leurs ramifications locales témoignent bien de la faisabilité de cette approche. Bien qu'il soit difficile de comparer la situation des deux pays faute de données sur le Canada, il semble qu'il y ait aux États-Unis une plus forte proportion de personnes qui savent souffrir d'hypertension et qui reçoivent des traitements adéquats. Ces succès peuvent être attribués aux programmes américains d'éducation du public et des professionnels et à la mise en place de services d'examen, de traitement et de postobservation. En fait, c'est dans une large mesure grâce aux retombées des médias américains que le public canadien a été sensibilisé au problème de l'hypertension.

En plus d'améliorer le contrôle des cas connus d'hypertension, la formulation de stratégies nationales concertées contribuera à assurer la mise en place de moyens de prévention de l'hypertension, tant pour l'ensemble de la population que pour les personnes dont la pression sanguine commence à augmen-

ter. À notre connaissance, aucun pays ne s'est encore donné de véritable stratégie en ce sens; le Canada a donc l'occasion d'agir comme pionnier en cette matière.

Nos rencontres avec de multiples groupes bénévoles et professionnels du pays nous ont permis de constater que tous s'entendent pour dire que les efforts de lutte contre l'hypertension sont insatisfaisants et qu'ils souhaitent ardemment participer à l'amélioration de la situation. Beaucoup s'inquiètent notamment du manque de documentation canadienne dans les deux langues officielles. Certains ont exprimé le souhait que les administrations publiques formulent des politiques appropriées. De grands organismes nationaux se sont dits prêts à participer à la création d'un véritable réseau national d'échanges de renseignements et à la coordination des programmes.

Les avis recueillis semblent corroborer la nécessité d'un vaste programme de contrôle, mais non l'apport massif de crédits. En fait, les modestes efforts nécessaires pour amener les groupes bénévoles et professionnels à formuler des stratégies et élaborer du matériel éducatif joueraient vraisemblablement le rôle d'un catalyseur dans la mobilisation des énergies. Les succès obtenus aux États-Unis semblent précisément tenir à cette approche. L'administration fédérale américaine* a en effet décidé de réduire progressivement son aide financière, au fur et à mesure que d'autres organismes nationaux et d'autres paliers de gouvernement joueront un rôle plus actif.

Cette approche suppose un cadre commun d'objectifs et de buts ainsi que des moyens de contrôle des progrès réalisés. Elle offre cependant une grande souplesse d'application.

RECHERCHE ET COLLECTE DE DONNÉES

Les données nécessaires à l'élaboration et à l'évaluation des politiques et des programmes ainsi qu'à l'éducation des professionnels et du public présentent des lacunes.

* Communication personnelle, Graham Ward

Ce problème a été abordé lors du colloque sur la situation de l'hypertension au Canada organisé par la Société canadienne de l'hypertension à Montebello, du 27 au 29 mai 1982. Entre autres mesures, il a été recommandé que la Société élabore et diffuse un protocole unique d'enquête sur l'hypertension et invite les responsables des enquêtes fédérales (dont les méthodes d'échantillonnage sont toujours excellentes) à produire des estimations de l'hypertension cliniquement fiables.

La Société canadienne de l'hypertension a créé un petit comité qu'elle a chargé d'étudier ces recommandations et d'autres, et d'élaborer un protocole général - et, si possible, un facteur de correction des enquêtes reposant sur un examen unique. Certains ont exprimé le doute que, dans les enquêtes générales sur la santé ou la condition physique, on ne peut pas se permettre de soumettre les participants à un deuxième examen pour obtenir des estimations "cliniquement fiables" de l'hypertension. De plus, tous ne s'entendent pas sur les critères à retenir: devrait-on utiliser pour une enquête les critères de diagnostic de l'hypertension? Le rôle des enquêtes consiste à appuyer la planification, l'organisation et l'évaluation des programmes. À cette fin, il est sans doute plus important de multiplier les enquêtes de bonne qualité que d'obtenir des résultats aussi précis qu'un diagnostic. Pour des raisons d'ordre éthique, les personnes qui souffrent d'hypertension doivent en être informées; il devrait donc être possible de prévoir dans le plan de l'enquête les mécanismes de suivi nécessaires pour déterminer si ces personnes ont bel et bien une pression sanguine élevée et les diriger vers les centres appropriés.

La Direction générale des services et de la promotion de la santé de Santé et Bien-être social Canada mène en 1985 une enquête sur divers aspects de l'hypertension - sensibilisation, connaissance et perceptions du public. La Société canadienne de l'hypertension s'occupe des questions sur les connaissances, les perceptions et le comportement du public.

En s'entendant sur l'utilisation d'un protocole commun couvrant au moins quelques questions et procédures de base (connaissance, perception, comportement, mesure de la pression sanguine), on recueillerait des données qui pourraient être beaucoup plus facilement mises en commun et comparées. L'utilisation de questions de base communes permettrait aux groupes qui les utiliseraient d'y ajouter d'autres questions adaptées à leurs propres besoins. Par exemple, un bureau de santé local ou même une province serait ainsi en mesure de mener des enquêtes avant et pendant un programme, et de savoir que les données recueillies auraient en outre une valeur régionale ou nationale.

Ces activités et les enquêtes locales occasionnelles peuvent contribuer à étendre le champ des connaissances sur l'hypertension artérielle. Elles ne suffisent cependant pas. Une base de données adéquate ne constitue pas uniquement un instrument de planification essentiel, mais également un moyen de contrôle et d'évaluation des programmes. Outre les données sur les populations observées, il importe de recueillir des renseignements sur la réaction des établissements locaux, provinciaux et fédéraux, des hôpitaux et des organismes bénévoles et professionnels face au problème de l'hypertension.

Il faudra qu'on accorde une attention spéciale aux études consacrées à l'efficacité des mesures diététiques dans le contrôle de l'hypertension et à la valeur de l'étiquetage des aliments. Il faudrait également organiser des programmes de démonstration sur la prévention et le contrôle des maladies cardio-vasculaires ou de l'hypertension elle-même et sur l'évaluation de l'efficacité des systèmes conçus pour améliorer la postobservation des malades et le respect des régimes thérapeutiques. Des programmes expérimentaux d'éducation des professionnels et du public et d'autres programmes conçus pour sensibiliser la population à la question de l'hygiène cardio-vasculaire ou de la santé en général devraient être mis sur pied. Les programmes devraient tous comporter des mécanismes d'évaluation.

La nécessité d'étendre nos connaissances de l'hypertension artérielle a été clairement signalée lors du colloque de la Société canadienne de l'hypertension dont il a été question ci-dessus. Nous endossons pleinement les recommandations suivantes des participants du colloque.

> *"Comme la recherche sur l'hypertension constitue un aspect essentiel du contrôle de l'hypertension et puisqu'elle a été négligée au Canada, la Société canadienne de l'hypertension devrait inciter les organismes et les entreprises qui distribuent des bourses à offrir des bourses de recherche et d'étude ainsi que des subventions de développement et de fonctionnement dans le secteur de la recherche sur l'hypertension.*
>
> *La Société devrait promouvoir la tenue d'un colloque au cours duquel on pourrait répertorier les problèmes prioritaires et s'entendre sur les moyens de s'y attaquer.*
>
> *En ce qui concerne la recherche fondamentale, la Société canadienne de l'hypertension devrait encourager et faciliter les liens entre les chercheurs canadiens, souvent isolés. Il faudrait également qu'on trouve des moyens d'accroître les liens entre la recherche fondamentale et la recherche clinique, et qu'on incite les spécialistes de la recherche fondamentale à s'intéresser davantage aux tissus humains.*
>
> *Pour ce qui est de la recherche clinique, la Société devrait mettre sur pied et encourager le financement de projets de recherche multi-centres couvrant les divers aspects des diagnostics, les conséquences de la maladie et les méthodes d'intervention"*[2].

---

2 Ibid., p. 16

Il faudrait également encourager la Société à se donner les moyens d'étendre les conseils qu'elle donne déjà dans les domaines suivants:

standardisation des méthodes d'épidémiologie;

recherche dans le domaine de l'éducation et élaboration de nouvelles approches de formation des étudiants du premier cycle et des médecins traitants;

recherche sur les services de santé et formulation de méthodes susceptibles d'accroître le respect des régimes thérapeutiques;

promotion de la recherche clinique et développement des effectifs de recherche sur l'hypertension;

création et tenue à jour d'un répertoire des chercheurs et des projets de recherche dans le secteur de l'hypertension au Canada.

Ces renseignements nous permettront de déterminer ce qui devrait être fait et non pas uniquement si telle ou telle démarche devrait être entreprise. Au départ, il faudra recueillir des données de base sur les connaissances et l'attitude du public à l'égard de l'hypertension, ainsi que sur les méthodes des médecins et des autres professionnels de la santé. Des enquêtes périodiques spécialement adaptées à la collecte de données propres à favoriser le contrôle de l'hypertension nous permettront enfin de suivre le niveau de sensibilisation du public ainsi que les progrès, prévus ou non, de la maladie au Canada.

Selon le groupe de travail, il est essentiel que des programmes de contrôle soient mis en place dès maintenant. Il ne faut plus attendre la production d'autres données.

GRANDS PRINCIPES ET ORIENTATIONS GÉNÉRALES

La stratégie de lutte contre l'hypertension au Canada devrait s'intégrer à un cadre général de réduction des incapacités et de la mortalité imputables aux maladies cardio-vasculaires.

Dans un rapport récent consacré à la prévention des maladies coronariennes (maladies ischémiques du coeur), un comité de l'OMS (rapport technique 678, OMS, Genève, 1982) préconise une triple approche axée sur:

l'ensemble de la population *- modification du mode de vie et des caractéristiques du milieu, transformation des facteurs sociaux et économiques à l'origine de la majorité des maladies ischémiques du coeur;*

la population à risque élevé *- soins préventifs à l'intention des personnes exposées;*

la prévention secondaire *- prévention des rechutes et de la progression de la maladie chez les personnes atteintes.*

Le plan de prévention des maladies ischémiques du coeur, du comité d'experts de l'OMS, s'applique tout aussi bien à l'élaboration de stratégies de lutte contre d'autres maladies du coeur, et notamment contre l'apoplexie. Les auteurs du rapport examinent l'importance des facteurs suivants:

l'effet éventuel sur les taux de morbidité et de mortalité associés aux maladies cardio-vasculaires d'une réduction du tabagisme et d'un abaissement, fût-il modeste, de la cholestérolémie et de la pression sanguine de la population;

l'intérêt éventuel d'une modification du régime alimentaire et de l'activité physique de la population dans la prévention d'une augmentation de la cholestérolémie, de la pression sanguine et de la glycémie (diabètes de sujets d'âge adulte ou non traités par insulinothérapie);

l'intérêt du dépistage et du traitement des personnes souffrant d'hypertension, notamment dans la prévention des attaques d'apoplexie et des défaillances cardiaques et rénales.

Les résultats d'une analyse récemment faite aux États-Unis sur les facteurs de risque (Multiple Risk Factor Intervention Trial) ont déçu les personnes qui s'intéressent à la prévention des maladies cardio-vasculaires. Les conclusions de l'analyse - qui n'étaient pas statistiquement significatives - montrent que l'abaissement des facteurs de risque a contribué à réduire la mortalité attribuable aux maladies ischémiques du coeur, aux maladies cardio-vasculaires et à l'ensemble des causes chez une importante proportion de la population, mais non pas dans l'ensemble du groupe observé. La réduction imprévue des facteurs de risque chez les membres du groupe témoin a sans doute contribué à masquer la réalité. En d'autres termes, il se peut que les membres du groupe expérimental aient profité de l'amélioration, ces dernières années, du mode de vie des Américains et des efforts déployés dans la lutte contre l'hypertension. Le taux de mortalité d'un sous-groupe de personnes souffrant d'hypertension et présentant un électrocardiogramme anormal semble poser un problème spécial qui fait actuellement l'objet d'analyse. Il est donc prudent de poursuivre nos efforts de réduction des principaux facteurs de risque associés aux maladies du coeur: le tabagisme, l'hypertension artérielle et l'augmentation de la cholestérolémie.

Bien que les programmes de réduction du tabagisme, d'amélioration de l'équilibre calorique, d'abaissement de l'apport de sel et de matières grasses, et de réduction de la consommation excessive d'alcool dans la lutte contre les maladies cardio-vasculaires restent à être mieux intégrés, des efforts sont faits. On ne peut pas en dire autant dans le cas de l'hypertension.

La nécessité d'associer la lutte contre l'hypertension aux efforts de réduction de l'impact des maladies cardio-vasculaires a déjà été signalée dans un rapport sur l'hygiène cardio-pulmonaire remis en 1981 aux sous-ministres de la Santé du fédéral et des provinces par le comité consultatif de la promotion

de la santé, et dans le rapport de 1982 du comité spécial des stratégies sanitaires nationales. Le comité spécial a recommandé la formulation et la mise en place de nouvelles méthodes de dépistage précoce et de traitement de l'hypertension.

À court terme, c'est sans doute en étant axés sur la réduction du tabagisme ainsi que la prévention et le contrôle de l'hypertension que les politiques et les programmes de lutte contre les maladies cardio-vasculaires au Canada auront les effets les plus marqués.

Le dépistage et le traitement des personnes qui souffrent d'hypertension ainsi que le suivi à long terme devraient constituer la priorité de tout programme de lutte contre l'hypertension. Les avantages de la pharmacothérapie ont été clairement mis en évidence, particulièrement chez les personnes qui souffrent d'hypertension modérée ou grave. Dans la mesure du possible, toutefois, on devrait instituer des mesures propres à assurer la prévention de l'hypertension et à éviter ou limiter l'usage des médicaments chez un grand nombre de Canadiens.

Dans le document de l'OMS cité ci-dessous, on signale que les possibilités de prévention de l'hypertension sont bien mises en évidence par l'absence quasi totale de la maladie dans certaines économies de subsistance traditionnelles et isolées. Les gens y sont généralement actifs, l'obésité rare et l'esprit de groupe, développé. L'apport quotidien de sel est habituellement inférieur à 3 grammes.[3] À cela, on pourrait probablement ajouter que la consommation de potassium est élevé, et l'apport calorique faible.

Les possibilités de prévention primaire de l'hypertension offertes par des mesures comme le régime hyposodique, l'accroissement de l'apport de potassium et la régulation du poids n'ont pas été bien vérifiées dans les sociétés comme la nôtre. Les progrès de l'hygiène publique n'en offrent pas moins de

---

3 Prévention des cardiopathies coronariennes, Rapport d'un Comité d'experts de l'OMS, Série de Rapports techniques, Organisation mondiale de la Santé, Genève, 1982.

nombreux exemples de mesures de grande envergure prises avant même que toutes les données sur une question aient été réunies. Dans le cas de l'hypertension, les mesures proposées - si ce n'est la restriction sodique - concordent toutes avec les politiques d'amélioration générale des habitudes de vie et de l'hygiène, et ne sont ni nouvelles, ni différentes. Elles figurent parmi les recommandations du comité du régime alimentaire et des maladies cardio-vasculaires au ministre de la Santé nationale et du Bien-être social en 1976, que le fédéral et certaines provinces ont intégrées à leur programme de nutrition.

Le groupe scientifique de l'OMS sur la prévention primaire de l'hypertension essentielle a déclaré ce qui suit:

> *"La prévention primaire de l'hypertension ne doit être vivement recommandée à l'ensemble d'une population que lorsque les programmes de recherche proposés ici ont fourni une base scientifique plus précise. Cependant, quand la ration sodée moyenne est élevée dans une population, il convient de mettre en oeuvre sans tarder des mesures d'éducation afin d'expliquer aux intéressés l'importance qu'il y a à priori de réduire un apport de sel excessif. De même, dans les populations où la surcharge pondérale est fréquente, il faut informer le grand public des liens existant entre surpoids et élévation de la tension artérielle. Les obèses et les sujets qui consomment habituellement trop de sel doivent recevoir des conseils en conséquence"*[4].

Les efforts déployés pour prévenir ou retarder l'hypertension et ses conséquences devraient avoir un caractère expérimental et être modifié au fur et à mesure que l'état de nos connaissances sur leur efficacité évolue. On devrait par exemple chercher à abaisser les facteurs de risque chez les enfants, et notamment chez ceux dont les parents ou les frères et soeurs souffrent d'hypertension ou ont été atteints de maladies cardio-vasculaires en

---

4 Prévention primaire de l'hypertension essentielle, Rapport d'un Groupe scientifique de l'OMS, Série de Rapports techniques 686, Organisation mondiale de la Santé, Genève, 1983.

bas âge. Il faudrait encourager la mesure périodique de la tension artérielle et, en cas d'augmentation, l'adoption de moyens de contrôle appropriés. Il importe d'insister sur le fait que de multiples facteurs de risque, et notamment l'hypertension, le tabagisme, les niveaux de cholestérolémie élevés et le diabète sucré, exercent un effet cumulatif dans le développement des maladies cardio-vasculaires - et des mortalités qui en résultent.

Comme les cas d'hypertension s'observent plus souvent dans les familles où certaines personnes souffrent déjà d'hypertension, il faudrait accorder une attention spéciale à ces familles et aux personnes qui ont manifesté des signes d'hypertension en bas âge. Le contrôle de l'obésité offre, en dépit de ses difficultés, un intérêt tout particulier, car le poids n'est pas uniquement associé à la tension artérielle, mais aussi au diabète et à l'hypercholestérolémie. Dans son rapport de 1982, le comité d'experts de la prévention des maladies coronariennes de l'OMS cite des données d'après lesquelles la réapparition de l'hypertension pourrait être abaissée du quart chez certaines populations adultes noires et de la moitié, chez certaines populations adultes blanches par l'adoption de mesures de contrôle et de prévention de l'excès de poids.

Le contrôle de l'hypertension artérielle revient dans une large mesure aux médecins exerçant en clientèle privée, et notamment aux omnipraticiens, car c'est avec eux qu'environ 90 p. 100 des personnes qui souffrent d'hypertension prennent contact. Les services de santé, le milieu de travail et les organismes bénévoles et professionnels peuvent cependant aider les médecins dans leur tâche. La prévention et le contrôle de l'hypertension artérielle devraient donc poursuivre, d'une manière concertée, les objectifs suivants:

sensibiliser le public au problème de l'hypertension et l'informer sur les niveaux, les causes, les conséquences et les méthodes de traitement de la maladie ainsi que sur le contrôle d'autres facteurs de risque associés aux maladies cardio-vasculaires;

accroître le nombre et la proportion des personnes qui connaissent leur tension artérielle et qui sont en mesure d'agir sur les facteurs susceptibles de la faire augmenter;

abaisser le nombre et la proportion des personnes dont la tension artérielle a atteint un niveau inacceptable;

mettre sous traitement un nombre et une proportion croissants de personnes ayant besoin de soins médicaux;

accroître le nombre et la proportion des personnes ayant besoin de soins médicaux qui demeurent en traitement;

abaisser le nombre et la proportion des personnes dont la tension artérielle n'est pas contrôlée.

Pour atteindre ces objectifs, il faudra offrir à tous le moyen de vérifier sa tension artérielle, que ce soit en cabinet de consultation, à l'hôpital, dans les bureaux de santé, au travail, dans le cadre de programmes d'examen ou à la maison. Chacun pourra ainsi suivre sa tension artérielle et déterminer si elle se trouve à un niveau "normal" naturellement ou grâce aux soins reçus, ou si elle se situe à un niveau "anormal" en l'absence de soins ou faute de soins appropriés. Le programme de lutte contre l'hypertension du Connecticut a d'ailleurs clairement établi la valeur des méthodes fondées sur le principe de l'examen généralisé.

Le plan de prévention et de contrôle de l'hypertension que nous proposons repose sur quatre axes essentiels:

Éducation *- du public, des professionnels de la santé et des malades. Elle devrait porter sur les aspects suivants: sensibilisation de la population, importance des habitudes de vie, possibilités de prévention, valeur du dépistage précoce et du respect des prescriptions, contrôle de la tension artérielle dans le cadre d'un programme qui pourrait s'appeler "Connaissez la tension artérielle; connaissez votre tension artérielle".*

Mise au traitement *- dépistage et mise au traitement des nouveaux cas d'hypertension ou des personnes qui ne sont plus sous postobservation; éducation et formation des professionnels de la santé; mise en place des installations et des moyens voulus.*

Observation *- mise en place des systèmes et des techniques de contrôle de la tension artérielle à l'aide de professionnels de la santé, de bénévoles et, dans la mesure du possible, d'équipements existants.*

Permanence des soins *- systèmes de postobservation, de rappel et d'autres formes d'aide au respect des soins; éducation et formation des professionels de la santé; mise en place des équipements voulus.*

La formulation d'une approche concertée et la réalisation de ces quatre stratégies supposent elles-mêmes deux programmes secondaires:

Coordination et communication *- coordination des mécanismes et des échanges de renseignements voulus pour assurer la mise en place de programmes efficaces de prévention et de contrôle de l'hypertension.*

Recherche, développement et évaluation *- collecte de données de planification, d'élaboration de programmes et d'évaluation.*

Comme le dépistage et le contrôle de l'hypertension au Canada sont tous deux insatisfaisants, on accordera la priorité à deux de ces grandes orientations: permanence des soins et mise sous traitement, dans cet ordre.

STRATÉGIES D'UN PROGRAMME CANADIEN

ÉDUCATION

Le programme proposé dans ces pages comporte l'élaboration de mesures d'éducation du public, des professionnels et des malades. Ces mesures poursuivent les objectifs suivants: sensibiliser la population et l'aider à mieux connaître la tension artérielle et les facteurs qui y sont associés; amener les professionnels, les organismes et le public à prendre des mesures de prévention et de contrôle de l'hypertension artérielle.

Nous reconnaissons que l'individu constitue une ressource capitale en matière de soins de santé, et que son état général est intimement lié à son comportement et à son mode de vie. De plus en plus, on admet l'idée que l'individu peut et devrait voir lui-même à sa santé et à son bien-être. On insiste d'ailleurs de plus en plus sur l'initiative personnelle, sur la participation active et informée de chacun à la promotion de la santé et à la prévention des maladies.

On n'arrivera pas à changer les comportements uniquement par l'information. Par contre, faute de savoir quoi faire, toute action devient impossible. Il faut donc informer la population et trouver des moyens pour l'amener à agir. Puisque l'hypertension constitue un grave problème sanitaire, et que la population n'est ni consciente de la situation, ni informée des mesures à prendre, les gouvernements et les professionnels de la santé ont la responsabilité de renseigner les individus.

Il existe aux États-Unis des programmes de contrôle de la tension artérielle qui ont donné les résultats escomptés. En 1972, après qu'on ait pris conscience des graves dangers présentés par l'hypertension, on a lancé un vaste programme multidisciplinaire. Le programme américain de lutte contre l'hypertension avait notamment comme objectif de sensibiliser le public au

problème de l'hypertension[5]. Depuis la création du programme, on a observé que le nombre des personnes souffrant d'hypertension a diminué et que celui des personnes qui savaient avoir une tension artérielle élevée a augmenté.

Les résultats obtenus aux États-Unis devraient nous encourager, nous motiver. Le Conseil ontarien de la santé a recommandé que les programmes de lutte contre l'hypertension soient axés sur l'éducation et la motivation du public et des professionnels de la santé. La Société canadienne de l'hypertension préconise pour sa part que tout programme national d'amélioration de la lutte contre l'hypertension comporte une part d'éducation du grand public.

Il est donc recommandé que les programmes d'éducation fassent intégralement partie des efforts de prévention et de contrôle de l'hypertension au Canada. Ces programmes devraient s'adresser aussi bien au public qu'aux professionnels de la santé et aux malades.

Programmes d'éducation du public

C'est probablement en confiant la planification et la coordination des programmes d'éducation du public à des comités multidisciplinaires qu'on obtiendra les meilleurs résultats. Les membres de ces comités devraient représenter les administrations publiques, les associations professionnelles, les organismes bénévoles et les consommateurs. Armés d'un plan d'ensemble, les groupes et les individus pourraient compléter mutuellement leur travail d'éducation.

La sensibilisation du public aux divers aspects de l'hypertension constitue un projet à long terme. Le travail d'éducation devrait porter sur les aspects suivants: mesure de la tension, personnes exposées, conséquences de l'hypertension non traitée, facteurs sous-jacents (obésité, apport excessif de sel, alcool), interactions entre les facteurs de risque (utilisation de

---

5 Ward, G.W., The National High Blood Pressure Education Program: An Example of Social Marketing in Action, Department of Health and Human Services, États-Unis.

contraceptifs oraux, tabagisme, etc.) et mesures susceptibles d'avoir une influence sur les habitudes de vie et de réduire les risques de maladies cardio-vasculaires.

Le matériel éducatif canadien sur l'hypertension est insuffisant dans l'une et l'autre des langues officielles. La Fondation canadienne des maladies du coeur, la Fondation canadienne des maladies du rein et quelques entreprises de produits pharmaceutiques distribuent des documents. Le programme américain de lutte contre l'hypertension, en revanche, dispose d'une excellente documentation sur une foule de sujets. Ces ressources pourraient être mises à profit ici jusqu'à ce qu'on ait produit du matériel canadien. Pour éviter les chevauchements et par souci d'économie, on devrait coordonner les efforts des autorités fédérales et provinciales compétentes et obtenir la participation des organismes bénévoles à la conception, la production et la distribution des documents.

Pour diffuser le message de manière qu'il atteigne les groupes exposés, il faudra savoir diversifier les moyens de communication. On pourra notamment avoir recours aux programmes d'éducation de masse pour sensibiliser la population à la question de l'hypertension et susciter des changements d'habitudes de vie.

La presse, la télévision, la radio, les groupes communautaires et les foires médicales rejoignent une importante partie de la population. Les bureaux de santé locaux, le milieu de travail et l'école constituent également de bonnes sources de diffusion. Cette approche a donné de très bons résultats aux États-Unis, tant dans le cadre du programme américain de lutte contre l'hypertension que dans celui du programme d'amélioration de l'hygiène communautaire de la Pennsylvanie. On trouvera à cet égard d'utiles renseignements dans le guide américain intitulé Community Guide to High Blood Pressure Control.

Les bureaux de santé locaux disposent des ressources en personnel et des mécanismes voulus pour atteindre les groupes communautaires. Comme l'hypertension artérielle constitue aussi bien un problème collectif qu'individuel, les soins médicaux individuels devront se doubler d'efforts publics.

Le milieu de travail constitue également une très bonne source de contacts. Plus de la moitié de la population adulte participe à des activités associées au travail. L'éducation en milieu de travail peut profiter autant aux employeurs qu'aux travailleurs. Un projet mené au Michigan pour la Ford Motor Company a montré que la rentabilité des mesures de lutte contre l'hypertension justifie leur application en milieu de travail[6]. L'American Heart Association et la Blue Cross/Blue Shield du Maryland publient d'excellentes directives sur la création de programmes de lutte contre l'hypertension en milieu de travail. Le milieu de travail offre plusieurs avantages: facilité de contact, installations pratiques, bons moyens de communication et disponibilité de personnel sanitaire. Au Canada, un nombre important de médecins et d'infirmières d'hygiène du travail exercent leur activité en milieu de travail. Leurs réponses aux questionnaires que nous avons envoyés montrent que bon nombre d'entre eux participent déjà à des programmes rattachés à la tension artérielle (à des programmes d'éducation, notamment) et qu'un nombre encore plus grand de professionnels souhaiteraient que ces programmes soient étendus.

L'école, enfin, constitue un excellent milieu de sensibilisation. En intégrant des cours sur la tension artérielle aux programmes d'enseignement sanitaire ou scientifique, on pourrait sans doute sensibiliser et informer les jeunes, les inciter à adopter de saines habitudes de vie. Les programmes de sensibilisation en milieu scolaire peuvent servir à rejoindre une importante partie de la population, dans la mesure où les élèves communiquent à leur famille et à leur milieu ce qu'ils y apprennent.

---

6 Erfurt, J.C. et Foote, A., Hypertension Control in the Work Setting, Final Report, Université du Michigan, Ann Arbor, 1982.

Programmes d'éducation des professionnels

Il a été prouvé que le non-respect des prescriptions médicales était l'un des principaux facteurs de l'échec du contrôle à long terme de la tension artérielle. C'est donc aux médecins de première ligne qu'il revient dans une large mesure de résoudre ce problème, car c'est principalement eux qui assurent le traitement de l'hypertension.

Apparemment, il faudrait améliorer les programmes d'enseignement du premier cycle et de formation permanente des médecins. Dans le cadre de son atelier de mai 1982 sur la situation de l'hypertension au Canada, la Société canadienne de l'hypertension en est arrivée à la conclusion qu'il y avait une disproportion entre le temps consacré à la formation des médecins en matière d'hypertension et celui que passe l'omnipracticien à traiter la maladie. On a également signalé pendant l'atelier qu'il y avait une corrélation négative entre les connaissances des médecins sur le traitement de l'hypertension et le temps qui s'est écoulé depuis l'obtention de leur diplôme. Il faudrait donc passer en revue les programmes des écoles de médecine et y apporter au besoin les modifications voulues pour que les étudiants reçoivent une bonne formation en matière de contrôle de l'hypertension artérielle. La formation ne devrait pas porter uniquement sur les connaissances et les aptitudes techniques de base, mais également sur le rôle du médecin dans la prévention et le contrôle de la maladie. Par ailleurs, c'est par l'éducation permanente que les médecins pourront se tenir au courant de l'évolution des méthodes de traitement de l'hypertension et des normes médicales qui s'y rapportent. Les associations médicales et les facultés de médecine devraient être encouragées à prendre des initiatives en ce sens.

Bien que la responsabilité du traitement de l'hypertension au Canada revienne principalement aux médecins de première ligne, les autres professionnels de la santé ont un rôle important à jouer et devraient bien être encouragés à agir. Tous ceux qui donnent des soins de santé devraient bien connaître les divers aspects de la tension artérielle et savoir comment la mesurer. Ils devraient insister sur l'importance du contrôle à vie de la

tension artérielle. S'ils ne sont pas bien formés et s'ils négligent de transmettre leurs connaissances à d'autres, la société perdra de grandes chances d'amélioration.

Éducation des malades

L'éducation constitue un aspect essentiel du soin des malades. En donnant à chacun des renseignements sur la tension artérielle, on lui permettra de suivre activement l'évolution de son état.

À l'heure actuelle, les normes d'éducation des malades et le matériel éducatif manquent. Le message à transmettre devrait être clair et facile à comprendre. Il devrait comporter des renseignements sur les symptômes, les complications, la pharmacothérapie et diverses autres mesures: régime alimentaire, exercice, abstention du tabac, importance du respect des prescriptions, nécessité de rappels fréquents. Les malades et leur famille doivent savoir que l'hypertension artérielle ne se guérit presque jamais, mais qu'on peut la contrôler. Ils devraient prendre conscience des graves conséquences que peut avoir la maladie si elle n'est pas suivie. Ils devraient savoir qu'ils ne doivent pas se fier uniquement à des symptômes pour savoir que leur tension artérielle augmente. Parmi les principaux aspects des programmes d'éducation des malades, il convient de signaler l'importance du milieu d'apprentissage, le contenu du programme et le concours de la famille, qui peut soutenir le malade et l'aider à respecter les prescriptions médicales.

Même si l'enseignement individuel a un rôle important à jouer, l'éducation se fait de plus en plus par groupes. Les séances de groupe permettent une meilleure utilisation du temps et des ressources disponibles. Par ailleurs, certains malades apprennent mieux lorsqu'ils font partie d'un groupe et se sentent davantage engagés à faire des changements et à les respecter. L'approche multidisciplinaire, enfin, peut améliorer la qualité de l'éducation des malades par la diversité des aptitudes et des connaissances des professionnels de la santé mis en jeu.

Les professionnels de la santé ont la responsabilité de voir à l'éducation des personnes qui souffrent d'hypertension et de les soutenir individuellement. La formation de groupe s'adapte mieux aux activités des hôpitaux, du milieu de travail et des bureaux locaux de santé. Dans l'un et l'autre cas, l'éducation poursuit le même objectif: aider l'individu à contrôler sa tension artérielle.

MISE AU TRAITEMENT

Il est essentiel qu'on sensibilise le public à la gravité du facteur de risque associé à l'hypertension et à la nécessité d'un contrôle régulier de la tension artérielle. Les efforts de sensibilisation n'auront qu'une portée limitée, toutefois, si l'on ne met en place de mécanismes de dépistage des personnes qui souffrent d'hypertension ou qui sont susceptibles d'en souffrir. Voilà pourquoi les programmes communautaires devraient inclure des méthodes de dépistage qui complètent les efforts déployés par les médecins en vue d'amener les personnes qui en ont besoin à se faire traiter. Ce processus inclura les éléments suivants:

lieux facilement accessibles pour la mesure de la tension artérielle, par exemple, le bureau du médecin, le lieu de travail, un service d'hygiène publique;

mesure exacte de la tension artérielle;

sensibilisation des professionnels de la santé à la signification des divers niveaux de tension artérielle;

communication efficace entre la personne prenant la tension artérielle et celle dont la tension est mesurée concernant les résultats obtenus et leur signification;

volonté des professionnels de la santé d'accepter la responsabilité afin:

d'assurer l'évaluation du cas, les traitements, les soins requis de même que le suivi nécessaire au contrôle de l'hypertension; ou

d'adresser leurs patients à un centre de traitement approprié et de s'assurer que les traitements requis leur sont dispensés.

L'hypertension artérielle répond au critère de dépistage précoce énoncé par Wilson, Jungner et Whitby. Les avantages des programmes d'examen bien conçus en termes de sensibilisation, de dépistage et de mise sous traitement ont été clairement mis en évidence. Aux États-Unis, on a mis sur pied au cours des dix dernières années une foule de programmes de contrôle communautaires et publics reposant sur le principe de l'examen de masse. Au Connecticut, par exemple, plus de un million de personnes ont été examinées de 1974 à 1982, et la proportion des personnes qui ignoraient souffrir d'hypertension est tombée à 8 p. 100. Les expériences réalisées dans certaines petites collectivités de la Saskatchewan et de Terre-Neuve se sont révélées fructueuses.

Au Canada, on a jusqu'ici repoussé les programmes d'examen par crainte que les malades ne soient pas dirigés vers un centre de soins ou qu'on les étiquette, comme cela est arrivé à des travailleurs de grandes agglomérations urbaines de l'est du Canada. Toutefois, l'examen collectif dirigé semble être la seule solution qui s'offre si l'on veut obtenir des résultats concrets dans un avenir prévisible. Nous sommes intimement persuadés que l'examen périodique des groupes très exposés ou difficiles à rejoindre constitue un minimum, et que la mise en contact des malades avec un centre de soins et leur postobservation ultérieure ne doivent en aucun cas être négligées.

Si le pays se donne des programmes communautaires coordonnés, le taux de dépistage de l'hypertension par les médecins de première ligne augmentera vraisemblablement. Toutefois, bien que ces efforts aient leur rôle à jouer, il faudra prévoir d'autres mesures de dépistage - qui viseront notamment les personnes qui consultent rarement un médecin - pour obtenir des résultats tangibles. On devrait par exemple inviter les frères, les soeurs et les

enfants des personnes qui souffrent d'hypertension à faire mesurer leur tension artérielle. Il faudrait par ailleurs encourager le personnel médical et infirmier des hôpitaux et des services d'urgence ainsi que les médecins et les infirmières qui travaillent dans l'industrie, dans des dispensaires communautaires, dans des écoles et des universités à repérer et diriger vers un centre de soins les personnes susceptibles de souffrir d'hypertension ou dont la tension artérielle n'est pas contrôlée. Les programmes d'éducation du public et des professionnels faciliteront le processus de dépistage.

Il est évident que la précision de la mesure de la tension artérielle ne constitue qu'un aspect de la mise au traitement des personnes qui souffrent d'hypertension. Toute mesure élevée devrait s'accompagner d'une évaluation du cas au cours de laquelle on déterminerait si la santé de la personne est menacée. Bien que nous ayons surtout insisté jusqu'ici sur la nécessité d'informer le public, il est tout aussi important de changer l'attitude des professionnels qui, après avoir constaté qu'un patient souffre d'hypertension, ne prennent aucune mesure.

Il existe une foule de normes de diagnostic de l'hypertension. Par ailleurs, on hésite souvent à dire aux personnes qui n'ont pas de médicaments à prendre pour guérir leur hypertension qu'elles souffrent de la maladie. Ces deux facteurs nuisent sans doute aux efforts collectifs de contrôle de l'hypertension. Il importe donc de définir et d'utiliser systématiquement un seuil, fût-il arbitraire, au delà duquel les hypertensions devront faire l'objet de mesures de contrôle et de traitement à long terme. Les décisions d'ordre thérapeutique supposent un jugement clinique et une analyse individuelle des cas. L'identification des personnes exposées, en revanche, ne devrait pas être liée au recours à la pharmacothérapie.

Bien que l'incidence de l'hypertension soit élevée chez les personnes âgées, la tension artérielle n'augmente pas nécessairement avec l'âge. Pourtant, nombreux sont ceux pour qui le vieillissement s'accompagne naturellement d'hypertension et de maladies cardio-vasculaires. L'hypertension sys-

tolique, en particulier, est souvent méconnue; pourtant, le risque d'attaque d'apoplexie augmente au même rhythme que la pression systolique, quelle que soit la pression diastolique.

Il est reconnu que la pharmacothérapie contribue à abaisser la tension artérielle des personnes atteintes d'hypertension modérée ou grave, et qu'elle réduit ainsi les taux de morbidité et de mortalité imputables aux maladies cardio-vasculaires et rénales. En revanche, il n'est pas prouvé que la pharmacothérapie donne des résultats probants dans certains cas d'hypertension légère. L'évaluation, l'orientation, l'observation et le réexamen périodique des malades profitent par contre à tous. Certains malades, par exemple, auront intérêt à suivre un traitement non pharmacologique ou à agir sur d'autres facteurs de risque - apport lipidique, tabagisme, etc. Le véritable dépistage devrait prendre la forme d'un réexamen périodique des personnes dont l'hypertension légère risque de s'aggraver; les malades pourront alors être soumis à un traitement pharmacologique avant que les complications n'apparaissent. L'apparition de lésions types chez les personnes atteintes d'hypertension non contrôlée ou mal contrôlée représente un échec des services de santé dans leur lutte contre l'hypertension.

Dans certains cas, le dépistage des malades et leur mise en contact avec un centre de soins ne sont pas nécessairement suivis d'un régime de traitement viroureux ou d'un respect intégral des prescriptions pharmacologiques. La lutte contre l'hypertension devrait peut-être se faire par étapes. Ainsi, on pourrait attendre la mise en place de mécanismes de mise et de maintien sous traitement réellement efficaces avant de mettre sur pied des programmes d'examen sélectif.

La création d'un programme d'examen communautaire doit être soigneusement planifiée. La mise en contact des malades avec un centre de soins est capitale. Toutefois, l'étiquetage des malades peut avoir de fâcheuses conséquences. Le problème n'est toutefois pas sans issue. De toute évidence, les besoins des grands centres urbains et des communautés rurales différeront. Les programmes de dépistage de l'hypertension ne prendront pas

partout la même force. C'est pourquoi il faudra avoir recours à un éventail de stratégies et de programmes, mais à un cadre commun de coordination et d'action.

OBSERVATION

Le réseau médico-hospitalier est dans une large mesure orienté vers la dispensation de traitement en situation de crise et il n'est pas axé de façon optimale sur le maintien de la santé. Chaque fois qu'une personne consulte un médecin ou se présente au service d'urgence ou à la clinique externe d'un hôpital, on devrait prendre et noter sa tension artérielle, puis la lui communiquer.

De plus, comme l'hypertension sans complication ne s'accompagne habituellement d'aucun symptôme, les personnes qui en souffrent devraient, pour une prévention des plus efficaces des maladies cardio-vasculaires et rénales, mesurer régulièrement leur tension artérielle pendant toute leur vie. Bien que le médecin de famille joue un rôle clé dans le dépistage de l'hypertension, l'observation générale de la population ne peut pas reposer uniquement sur des rencontres provoquées par d'occasionnelles maladies.

Bien que l'incidence de l'hypertension chez les enfants soit faible, la tension artérielle des enfants devrait être régulièrement mesurée. Comme, chez les enfants, la tension évolue toujours de la même façon, il importe d'identifier les personnes dont la tension artérielle se situe au-delà du 95^{e} percentile. Plus la tension artérielle d'un enfant est élevée, plus il risque de souffrir d'hypertension quand il aura atteint l'âge moyen. Ces enfants doivent donc être observés et réexaminés tous les ans.

Les bien portants ne devraient pas compter uniquement sur d'occasionnelles consultations d'un médecin; cette méthode est en effet bien aléatoire, coûteuse, longue et peu pratique. Le public devrait avoir accès à des moyens de mesures pratiques et réguliers (probablement tous les ans). L'observation de la tension artérielle pourrait se faire en cabinet privé, au travail, dans

les services de santé et dans les services d'urgence ou les cliniques externes des hôpitaux. Le travail de mesure proprement dit pourrait être confié à des professionnels ou des bénévoles formés à cet effet. La participation des médecins à l'élaboration de ces programmes d'observation contribuerait à assurer la mise en contact des malades avec les centres de soins.

En créant des centres d'observation permanents et en incitant la population à faire mesurer régulièrement sa tension, on appuiera les efforts de dépistage des médecins et on réduira d'autant la nécessité des examens publics. Les centres d'observation constitueraient par ailleurs de bons foyers d'éducation sur les maladies cardio-vasculaires et l'hypertension artérielle.

Toutes les personnes présentant un cas évident d'hypertension devraient être adressées à un médecin et un suivi approprié, destiné à assurer que la personne hypertendue est traitée. Ces personnes devraient être invitées à faire prendre une nouvelle mesure, un an plus tard. Les cas limites pourraient faire l'objet d'observations plus fréquentes.

Les centres d'observation devraient être intégrés aux programmes provinciaux de contrôle de l'hypertension.

PERMANENCE DES SOINS

La permanence des soins des personnes dont la tension artérielle est supérieure à un seuil cliniquement acceptable constitue un élément essentiel des programmes communautaires de contrôle de l'hypertension. C'est seulement si l'on insiste sur la permanence des soins que les programmes de contrôle donnent les résultats escomptés . Si les malades ne suivent pas les instructions médicales, les ressources consacrées au dépistage de la maladie, à l'orientation des malades, aux diagnostics et à l'évaluation des cas l'auront été en pure perte. Cette phase du programme est probablement celle qui peut se révéler la plus rentable.

Le piètre respect des prescriptions médicales est sans doute l'un des principaux facteurs d'échec des mesures de contrôle à long terme de l'hypertension artérielle. Des études ont démontré que beaucoup de personnes traitées pour hypertension abandonnaient leur traitement dans les douze mois. De plus, un grand nombre des personnes qui demeuraient sous traitement ne prenaient pas leurs médicaments en quantité suffisante pour bien contrôler leur tension.

Le respect du traitement, pour les fins de ce rapport, équivaut à la mesure dans laquelle les malades s'en tiennent au régime médical qui leur a été recommandé (rendez-vous, médicaments, habitudes de vie plus saines, etc.). Les phénomènes qui expliquent le non-respect du traitement ne sont pas bien connus. Il est cependant vraisemblable que l'absence de symptômes qui caractérisent l'hypertension artérielle n'arrange en rien les choses.

Les cliniciens connaissent depuis longtemps le caractère insidieux de l'hypertension; en effet, la plupart des gens continuent de se sentir bien, même si leur tension artérielle augmente très sensiblement. Ils ne souffrent généralement pas, et leur fonction motrice n'est pas perturbée. Ils ne présentent aucun des signes et des symptômes qui poussent généralement à aller consulter un médecin. Pour compliquer les choses, les personnes dont l'hypertension a été diagnostiquée et qui suivent un traitement s'en trouvent souvent plus mal, en raison des effets secondaires des médicaments ou des difficultés qu'elles éprouvent à perdre du poids ou réduire leur apport sodique.

Les médecins de première ligne assurent le gros du traitement de l'hypertension; à ce titre, ils ont une importante responsabilité dans l'amélioration du respect des prescriptions. Il faut donc les sensibiliser à l'ampleur du problème et leur donner des moyens de corriger la situation.

Les recherches menées au Canada ont sensiblement étendu le champ de nos connaissances sur cet aspect du contrôle de l'hypertension. Il importe donc qu'on aménage les programmes d'enseignement de manière à communiquer ces renseignements aux futurs médecins. Il faudra par conséquent insister sur le dépistage, le diagnostic et le traitement de la maladie, et parallèlement, sur

la nécessité d'amener les malades à mieux respecter les prescriptions médicales.

Le contrôle périodique des personnes qui souffrent d'hypertension artérielle constitue un aspect essentiel de l'amélioration du respect des prescriptions. Pour certains, ce contrôle devrait prendre la forme de rappels qui s'intégreraient à un vaste programme de suivi à long terme des cas d'hypertension. Compte tenu de la nature et de l'importance du programme, les systèmes de suivi pourraient consister en un simple contrôle des rendez-vous manqués ou en un complexe réseau informatisé administré par chacune des régies d'assurance-maladie des provinces. Le programme de lutte contre l'hypertension du Connecticut comporte un tel registre informatisé des cas d'hypertension. Le système avise les personnes qui ont manqué un rendez-vous. La participation au système est volontaire. Des mesures ont été prises pour assurer la confidentialité des renseignements sur les malades. Les systèmes de rappel, bien qu'essentiels, ne doivent pas nécessairement être aussi sophistiqués que celui du Connecticut.

Comme la majorité des Canadiens font appel aux services de santé au moins une fois l'an, on a supposé que le dépistage, l'orientation, le traitement et la postobservation se faisaient automatiquement. De toute évidence, ce n'est pas se qui se produit. Les cabinets des médecins sont de véritables centres de crise que les malades visitent dans les situations critiques. Ce milieu ne semble donc convenir à la postobservation à long terme des malades qui se sentent bien. La plupart des cabinets ne disposent pas de système de rappel pour les rendez-vous manqués. Il serait donc imprudent de confier la totalité des efforts de lutte contre l'hypertension aux médecins de première ligne. Bref, les résultats obtenus jusqu'ici tiennent sans doute au fait qu'on a demandé plus aux services de première ligne qu'ils ne pouvaient raisonnablement offrir.

Nous comprenons bien que les médecins ont un rôle clé à jouer dans la lutte contre l'hypertension, particulièrement en ce qui concerne le diagnostic et les soins courants. L'expérience américaine a cependant montré que, dans

bien des cas, le contrôle de l'hypertension ne pouvait pas être confié uniquement au médecin. La lutte contre l'hypertension artérielle doit être assimilée à un problème d'hygiène communautaire. Elle suppose une approche multidisciplinaire concertée ainsi que la participation des administrations publiques, des professionnels de la santé, des organismes bénévoles et du grand public. Pour que les programmes de lutte contre l'hypertension donnent les résultats attendus, tous devront les appuyer. Nous présentons ci-dessous quelques suggestions sur la façon dont les diverses composantes du système sanitaire actuel pourraient être intégrées à la postobservation à long terme des personnes souffrant d'hypertension. Évidemment, leur participation pourra être adaptée aux besoins et à la situation de chaque milieu.

La participation des ministères provinciaux de la santé est essentielle à la lutte à long terme contre l'hypertension. Ils possèdent des structures administratives bien organisées et axées sur les besoins de la communauté; ils disposent d'un large éventail de professionnels de la santé; médecins, infirmières, nutritionnistes, enseignants, planificateurs. Prendre la direction de la lutte contre l'hypertension représenterait pour les services publics de santé une transformation radicale, car leurs efforts de prévention ont toujours été davantage axés sur la maladie aiguë que sur la maladie chronique. Il y a longtemps que cette réorientation aurait dû être faite.

Les bureaux de santé locaux, pour leur part, devraient travailler en étroite collaboration avec les médecins de première ligne, de façon à assurer un contrôle continu des cas d'hypertension. Les infirmières des services de santé communautaire joueront à cet égard un rôle essentiel. Le programme devrait être axé sur l'établissement de contacts avec la population et la création d'un réseau de transfert entre les médecins et les bureaux de santé locaux. La participation au système serait volontaire et nécessiterait le consentement des trois parties concernées - le malade, le médecin, le service de santé. L'infirmière travaillerait sous la direction du médecin, dans le cadre des règles convenues.

Les bureaux de santé locaux participeraient sur demande à la postobservation des personnes souffrant d'hypertension artérielle. Le travail pourrait se faire à domicile ou dans des dispensaires. Les bureaux de santé ont les ressources et le personnel nécessaires pour mettre en place des systèmes de rappel efficaces et d'autres mesures propres à améliorer le respect du traitement. Toute personne dont la tension artérielle serait jugée inacceptable serait transférée au médecin, pour fins d'examen. Dans ce cadre axé sur la prévention, le personnel des bureaux de santé pourrait étendre son action à d'autres facteurs de risque que l'hypertension.

Le milieu de travail peut également participer efficacement à garder sous traitement les personnes qui souffrent d'hypertension. Aux États-Unis, de nombreux programmes ont donné de très bons résultats. Les questionnaires que nous avons demandés à divers organismes et personnes du Canada de remplir nous ont permis de constater que nombre de répondants étaient vivement intéressés à participer à la lutte contre l'hypertension en milieu de travail et qu'un nombre important de grandes et de petites entreprises possédaient un service d'hygiène professionnelle. Certaines ont même des programmes de mesure de tension artérielle. Dans la plupart des provinces, des professionnels de la santé oeuvrent plus spécifiquement dans le domaine de l'hygiène professionnelle. Dans la majorité des cas, il s'agit d'infirmières d'hygiène du travail. L'enthousiasme dont elles ont témoigné dans leurs réponses au questionnaire devrait être encouragé, tant par des mesures de planification que par la distribution de documents.

Il est évidemment essentiel d'obtenir la participation de ces professionnels à l'élaboration d'un programme axé sur la permanence des soins en milieu de travail. Le contrôle régulier de la tension artérielle sur demande du médecin peut se faire sans que le travail en souffre. Il faut au préalable s'entendre sur un programme de contrôle qui comporte des tests, la collecte de données, un système de rappel et des dossiers de santé confidentiels. L'employeur et les travailleurs devraient être encouragés à appuyer les programmes conçus pour aider les travailleurs qui souffrent

d'hypertension sans que leur vie professionnelle s'en ressente. Les programmes en milieu de travail pourraient être axés sur la mesure de la tension artérielle et la sensibilisation des travailleurs.

Des recherches ont amené certains à croire que les examens en milieu de travail pouvaient entraîner des problèmes d'étiquetage et d'absentéisme. Ces craintes ne sont pas partagées par les responsables de programmes bien établis aux États-Unis.

Les efforts de lutte contre l'hypertension pourraient également s'appuyer sur deux importants groupes de professionnels de la santé qu'on n'associe pas généralement à l'hypertension: les pharmaciens et les dentistes.

Ces deux groupes de professionnels ont en effet la possibilité d'exercer une influence favorable sur la postobservation à long terme des cas d'hypertension. Les pharmaciens sont en position idéale pour donner des renseignements sur le respect du traitement et renforcer le message des médecins, notamment en ce qui concerne les régimes et les effets secondaires des médicaments. Par ailleurs, en contrôlant la tension artérielle de leurs clients et en manifestant de l'intérêt à l'égard de la question, les dentistes peuvent améliorer sensiblement les conditions de postobservation et de contrôle de la maladie ainsi que la sécurité de leurs clients pendant les interventions.

Le groupe de travail recommande qu'on invite les associations de dentistes et de pharmaciens à appuyer les programmes de contrôle de l'hypertension artérielle et à participer à leurs activités.

RÉACTION DE LA COLLECTIVITÉ

COORDINATION

Il importe qu'on crée à tous les niveaux des groupes de travail informés auxquels participeront les organismes bénévoles, les professionnels (ainsi que leurs associations) et les administrations publiques si l'on veut mobiliser et organiser les ressources de manière à obtenir de solides programmes de lutte à long terme contre l'hypertension artérielle.

En 1978, un comité d'experts de l'OMS a défini les caractéristiques des programmes de contrôle de l'hypertension artérielle et constaté la nécessité d'actions publiques mondiales, adaptées aux circonstances, aux ressources et aux contraintes locales (c'est-à-dire nationales, provinciales et régionales). Ces programmes, a-t-on dit, devraient être spécifiques (c'est-à-dire s'attaquer précisément à l'hypertension), mais à la fois associés à de nombreux autres aspects de la santé. De plus, le comité a souligné l'importance pour le personnel sanitaire, les autorités publiques et la population d'y participer pleinement.

En dépit des efforts des administrations publiques, des organismes bénévoles, des épidémiologistes et d'autres médecins chercheurs, il n'y a pas encore au Canada des programmes généraux de contrôle de l'hypertension. Les Canadiens ne profitent donc pas au maximum des connaissances scientifiques disponibles et des progrès spectaculaires de la pharmacothérapie réalisés au cours des deux dernières décennies.

Seule la COORDINATION fait défaut. Aux États-Unis, le programme de lutte contre l'hypertension du National Heart, Lung and Blood Institute a été créé après qu'on ait constaté que la principale lacune des mécanismes de contrôle de l'hypertension était le manque de coordination des ressources disponibles. C'est ainsi que l'idée de la coordination des efforts a vu le jour. Dans le rapport qu'il a soumis au Sénat américain, Graham Ward affirme que les efforts de prévention peuvent donner des résultats rentables, dans la

mesure où les activités et les politiques des divers intervenants du système sont coordonnés en un tout.

La diversité des besoins de la population canadienne suppose la création d'un conseil de coordination national et d'organismes de coordination provinciaux indépendants qui seraient chargés de mettre en commun les ressources des organismes bénévoles, des collèges des médecins, des ministères de la santé et des professionnels activement engagés dans le dépistage et le contrôle de l'hypertension. Dans les régions fortement peuplées, il faudrait sans doute prévoir en outre des programmes régionaux ou locaux. Les programmes communautaires d'observation de la population, de dépistage de l'hypertension artérielle et de contrôle de la maladie seraient ainsi associés aux activités de collecte, de stockage et de diffusion de données sur l'hypertension, à l'établissement de normes, à la recherche et l'évaluation, à la sensibilisation et l'éducation du public et des professionnels tant au niveau local qu'à l'échelle provinciale et nationale. La formation d'un tel conseil a soulevé beaucoup d'enthousiasme lors de la rencontre d'août 1982 à laquelle participaient des associations et des organismes intéressés, Santé et Bien-être social Canada ainsi que les membres du groupe de travail.

Nous recommandons donc que soit créé, à l'instigation du gouvernement fédéral, un organisme chargé de coordonner les efforts déployés en vue du contrôle de l'hypertension au Canada. Un coordonnateur permanent devrait être nommé. Le comité devrait regrouper des représentants des administrations publiques, des groupes professionnels et des organismes bénévoles intéressés. Cet organisme de coordination devrait disposer d'un secrétariat adéquatement financé et logé. Les administrations provinciales devraient encourager la formation de comités de coordination provinciaux et participer à leurs activités par l'entremise des ministères de la santé.

RÔLES ET MILIEUX

Comme le suggère le titre "Réaction de la collectivité", c'est dans les collectivités où la population vit, travaille, prie, joue et étudie que devront se concentrer les efforts de prévention et de contrôle de l'hypertension. Par le choix de notre lieu de résidence et de travail, de notre religion, nos loisirs ou notre école, nous appartenons tous à des communautés différentes. Les possibilités de susciter des réactions efficaces et de diversifier les milieux d'intervention sont donc nombreuses.

Nombre de groupes et de personnes peuvent contribuer à lever les obstacles à l'amélioration du contrôle de l'hypertension artérielle au Canada dans une foule de milieux. Le programme américain de lutte contre l'hypertension a montré que ces possibilités existaient bel et bien et a associé avec succès des professionnels de la santé, des citoyens et d'autres groupes à la coordination de divers comités et programmes. Souvent, ces groupes ont élaboré leur propre programme, par l'intermédiaire de leur association professionnelle ou par d'autres moyens; signalons, outre les infirmières et les médecins, le cas de la Croix-Rouge américaine, la Croix-Bleue, les dentistes, les optométristes, les pharmaciens, les hôpitaux, les services de santé des États, des employeurs et des travailleurs. Certains excellents modèles pourraient être adaptés aux besoins du Canada.

Il faudrait s'attacher en priorité à l'élaboration de programmes dans deux milieux soit les secteurs desservis par les bureaux locaux de santé et le milieu de travail. Les programmes devraient appuyer les médecins dans leurs efforts de lutte contre l'hypertension artérielle.

Les bureaux locaux de santé devraient se charger d'organiser les comités de coordination locaux, d'élaborer les plans de prévention et de contrôle de l'hypertension, de solliciter et d'obtenir l'appui d'organismes médicaux et professionnels, de réunir des données de base (degré de sensibilisation, perceptions, tensions artérielles, etc.), d'encourager la création de programmes communautaires, de suivre l'évolution des attitudes et de produire périodiquement des rapports. Les bureaux de santé locaux n'auraient pas pour autant à

assurer tous les services requis; leur tâche consisterait essentiellement à planifier, coordonner et contrôler le travail. De la sorte, ils n'auraient pas à se préoccuper de la question des ressources et d'autres priorités, lesquelles pourraient être intégrées, après quelques modifications, aux structures actuelles.

Les possibilités de création de programmes en milieu de travail ont été amplement mises en évidence au Canada et aux États-Unis. Les infirmières d'hygiène du travail forment à cet égard un groupe particulièrement réceptif; nos contacts personnels et l'enquête spéciale menée auprès des infirmières en témoignent. Il convient de signaler qu'un grand nombre d'infirmières d'hygiène du travail sont très sensibles à la question de la promotion de la santé, et que certaines ont déjà mis sur pied des programmes de modification des habitudes de vie susceptibles d'avoir une incidence sur la tension artérielle. À cette réceptivité des infirmières s'ajoute le fait que le milieu de travail offre d'intéressantes possibilités de rejoindre les hommes, apparemment plus vulnérables à l'hypertension et moins susceptibles de participer à des programmes dans d'autres milieux.

Le rôle des ministères et des comités de coordination provinciaux et fédéraux a été décrit dans la section sur la coordination. Alors que la prestation des services se ferait dans les bureaux locaux de santé et les milieux de travail, l'élaboration des politiques, des buts et des normes, la gestion du matériel éducatif, l'administration des programmes et l'évaluation des résultats seraient confiées aux administrations publiques et aux comités de coordination des provinces et du fédéral.

L'enthousiasme manifesté par un grand nombre de professionnels et de groupes dans la lutte contre l'hypertension artérielle aux États-Unis nous donne une bonne indication des possibilités des programmes canadiens, une fois le cadre général de travail établi.

RESSOURCES

Tous savent qu'en cette période de restrictions, les ressources sont rares, et que les sommes additionnelles nécessaires à la prévention et au contrôle de l'hypertension devront provenir d'un remaniement d'autres priorités. Loin de constituer un problème, cette situation donnera en fait l'occasion aux ministères de la santé de réduire et réaffecter les ressources qu'ils consacrent à des programmes beaucoup moins importants que le contrôle de l'hypertension artérielle. Le contrôle de l'hypertension pourrait en ce sens devenir un véritable terrain d'essai de mesures de prévention et de contrôle des maladies chroniques. En restructurant le travail des infirmières d'hygiène du travail et en ayant recours à des bénévoles, il serait sans doute possible de réduire les coûts supplémentaires de l'entreprise. Nombre de personnes oeuvrant dans le secteur de l'hygiène professionnelle accueilleraient sans doute favorablement l'idée de remanier leurs priorités de manière à y inclure des programmes de lutte contre l'hypertension.

Il faudra prévoir des sommes additionnelles dans les secteurs suivants: recherche, création d'une base de données, coordination et éducation du public, des professionnels et des malades. De plus, les régimes d'assurance-maladie et d'assurance-médicaments auront à faire face à une augmentation de leurs dépenses en raison de l'accroissement du nombre des personnes examinées, traitées et suivies par les médecins.

Les stratégies de contrôle recommandées dans ce rapport, et notamment celles qui visent à promouvoir le respect des prescriptions par les personnes qui souffrent d'hypertension, semblent offrir un bon équilibre coûts-avantages. Il ne faut pas oublier que d'énormes sommes ont déjà été consacrées au traitement de l'hypertension et de ses conséquences, sans que les résultats escomptés se soient toujours matérialisés. Un investissement relativement modeste pourrait sans doute optimaliser les énormes sommes qui devront de toute façon être affectées à ce problème.

CONCLUSIONS

De nombreux Canadiens souffrent d'hypertension artérielle. Certains, des hommes surtout, ne savent pas que leur tension artérielle est élevée ou qu'elle est mal contrôlée. Face à cette situation, et compte tenu du grand nombre de contacts malades/médecins relatifs à l'hypertension, on peut se demander si les énormes sommes consacrées au traitement de la maladie le sont à bon escient.

Au Canada, les efforts concertés de dépistage, d'orientation des malades et de postobservation systématiques sont rares. Par ailleurs, la documentation et le matériel éducatifs manquent. Enfin, les normes de traitement et les données de base sur les attitudes du public et des professionnels sont incomplètes. Il faut absolument combler ces lacunes et formuler des stratégies et des programmes propres à atténuer les conséquences de ce grave problème sanitaire.

C'est uniquement par la concertation que les administrations publiques, les organismes professionnels et les groupes bénévoles parviendront à se donner de véritables politiques et programmes nationaux de lutte contre l'hypertension.

Par ailleurs, une approche communautaire du problème devra venir se greffer aux mesures actuelles. Elle devrait viser une réduction des facteurs de risque et l'adoption de mesures de contrôle par l'entremise d'une stratégie à quatre volets: éducation, mise sous traitement, observation et permanence des soins. Enfin, la participation des bureaux de santé locaux et du milieu de travail à l'amélioration des efforts de lutte contre les effets de l'hypertension sur la santé des Canadiens doit être vue comme une priorité.

Nous ne recommandons pas l'élaboration d'un programme monstre ou l'injection de sommes fabuleuses dans le réseau de santé. À notre avis, un

remaniement des priorités, l'optimalisation de ressources disponibles et la mise en commun des efforts des organismes compétents auront un effet marqué sur le contrôle de l'hypertension artérielle au Canada.

BIBLIOGRAPHIE

Abboud, M.A., Essential Benign Hypertension (Analysis of Data provided by IMS Canada Ltd.) Bureau de la qualité des médicaments, Direction des médicaments, Direction générale de la protection de la santé, Santé et Bien-être social Canada, mars 1982.

American Heart Association, Worksite High Blood Pressure Control Programs, Baltimore, Maryland, 1982.

Apostolides, A.Y., G. Cutter and J.F. Kraus et al, Impact of Hypertension Information on High Blood Pressure Control Between 1973 and 1978, Hypertension, 1980, 2:708-713.

Arnold, Charles B., et al, Advances in Disease Prevention, Volume I, Springer Publishing Company, New York, 1981.

Baitz, T. and A. Shimizu, Blood Pressure Surveys: Are They Worth It? Le Médecin de famille canadien, 1977, 23:728-731.

Balfe, J.W., Hypertension in Children, Les Annales du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, 1982, 15:589-594.

Berkson, D.M., M.C. Brown and H. Stanton et al, Changing Trends in Hypertension Detection and Control: The Chicago Experience, American Journal of Public Health, 1980, 70:389-393.

Blumenthal, S., R.P. Epps and R. Heavenrich et al, Report of the Task Force on Blood Pressure Control in Children, Pediatrics, 1977, 59(SUPPL):797-820.

Blue Cross/Blue Shield of Maryland, High Blood Pressure Control at the Worksite, Blue Cross/Blue Shield of Maryland, 1982.

Buck, C.W., The Persistence of Elevated Blood Pressure First Observed at Age 5, Journal of Chronic Disease, 1973, 26:101-104.

Canadian Hypertension Society, Report Of The Workshop On The Status Of Hypertension In Canada, Montebello, 27-29 mai 1982, Société canadienne de l'hypertension, 1982.

Carey, R.M. and C.R. Ayers, Labile Hypertension: Precursor of Sustained Essential Hypertension?, American Journal of Medicine, 1976, 61:811-814.

Carey, R.M., R.A. Reid and C.R. Ayers et al, The Charlottesville Blood Pressure Survey: Value of Repeated Blood Pressure Measurements, Journal of the American Medical Association, 1976, 236:847-851.

Charleson, E., M. Alderman and L. Melcher, Absenteeism and Labelling in Hypertension Subjects: Prevention of an Adverse Impact in Those at High Risk, American Journal of Medicine, 1982, 73:165-170.

D'Atri, D.A., E.F. Fitzgerald and D.H. Freeman Jr. et al, The Connecticut High Blood Pressure Program: A Program of Public Education and High Blood Pressure Screening, Preventive Medicine, 1980, 9:91-107.

Erfurt, J.C. and A. Foote, Hypertension Control in the Work Setting, Final Report, University of Michigan, Ann Arbor, 1982.

Fodor, J.G., Prevalence of Hypertension in Canada, Préparé pour la réunion de la Société canadienne de l'hypertension, Montebello, Qué, 27-29 mai 1982.

Garbus, S.B., Evaluation of a Mass Hypertension Screening Program, Preventive Medicine, 1981, 10:340-352.

Genest, J., et al, Screening Programs for Hypertension, Journal de l'Association médicale canadienne, 1974, 3:147-149.

Gifford, R.W., Isolated Systolic Hypertension in the Elderly: Some Controversial Issues, Journal of the American Medical Association, 1982, 247:781-785.

Gillum, R.F., W.B. Stason and M.C. Weinstein, Screening for Hypertension: A Rational Approach, Journal of Community Health, 1978, 4:67-72.

Greenberg, R., Developing Mass Education for Community Health Programs, Health Education, 1982, 21:6-10.

Grimm, R.J., Jr., R.V. Leupker, H. Taylor and H. Blackburn, Long-Term Effects of a Blood Pressure Survey on Patient Treatment in a Community, Circulation, 1982, 65:946-950.

Haynes, R. Brian, Margaret Mattson, and Tilmer Engebretson, Editors, Patient Compliance to Prescribed Antihypertensive Medication Regimens: A Report, U.S. Department of Health and Human Services, NIH Publication No. 81-2101, octobre 1980.

Haynes, R.B. et al, Management of Patient Compliance in the Treatment of Hypertension, Report of the NHLBI Working Group, Hypertension, 1982, 4:415-423.

Haynes, R.B., E.S. Gibson and D.W. Taylor et al, Process Versus Outcome in Hypertension: A Positive Result, Circulation, 1982, 65:28-33.

Haynes, R.B., D.L. Sackett and D.W. Taylor, The Practical Management of Low Compliance with Antihypertensive Therapy - A Guide for the Busy Practitioner, Clinical and Investigative Medicine, 1978, 1:175-180.

Haynes, R.B., D.W. Taylor and D.L. Sackett et al, Can Simple Clinical Measurements Detect Patient Noncompliance?, Hypertension, 1980, 2:757-764.

Hill, Martha and Sue Foster, Nursing Actions to Promote the Four-Step High Blood Pressure Control Process, Nursing, 1982, 12:14-15.

Hill, Martha and Sue Foster, Seeking and Finding All Those Patients with High Blood Pressure, Nursing, 1982, 12:12-13.

Ingelfinger, J.R., Pediatric Hypertension, Major Problems in Clinical Pediatrics, W.B. Saunders, Philadelphia, 1982, 24:93-110.

Jesse, M.J., J.A. Hokanson and B. Klein et al, Blood Pressure in Childhood: Initial Recording Versus One Year Follow-Up, Circulation, 1976 54(SUPPL II):11-23, 0083A (Abstract).

Johansen, H.L., Hypertension in Canada: Risk Factor Review and Recommendations For Further Work, Revue canadienne de santé publique, 1983, 74:123-128.

Kannel, W.B., P. Sorlie and T. Gordon, Labile Hypertension: A Faulty Concept?, The Framingham Study, Circulation, 1980, 61:1183-1187.

Kaplan, M.N., Therapy for Mild Hypertension: Toward a More Balanced View, Journal of the American Medical Association, 1983, 249:365-367.

Kochar, M.S., H.D. Itskovitcz and C. Panagis, Hypertension Control Among Patients Referred by a Community Blood Pressure Screening Program, Journal of Chronic Disease, 1979, 32:493-497.

Lalonde, Marc, Nouvelle perspective de la santé des Canadiens, Gouvernement du Canada, Ottawa, 1974.

Leonard, A.R., A. Ingra and A. Hawthorne, Status of High Blood Pressure Control in California: A Preliminary Report of A Statewide Survey, Heart and Lung, 1981, 10:255-260.

Logan, A.G., B.J. Milne and C. Achber et al, Cost Effectiveness of a Worksite Hypertension Treatment Program, Hypertension, 1981, 3:211-218.

Marshall, C.L., Toward an Educated Health Consumer, U.S. Department of Health, Education and Welfare, Public Health Service, National Institutes of Health, Bethesda, Maryland, 1977, DHEW pub. no. 77-881.

McAlister, N.H., Should We Treat 'Mild' Hypertension?, Journal of the American Medical Association, 1983, 249:379-382.

McCallum, B.B. et al, Community Guide to High Blood Pressure Control, U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, décembre 1981.

McEwen, E.D., Have Lalonde's Health Care Ideas Died of Neglect?, Financial Post, 14 octobre 1978.

Morisky, Donald E., et al, Five-Year Blood Pressure Control and Mortality Following Health Education for Hypertensive Patients, American Journal of Public Health, 1983, 73:153-162.

Moser, M., Beyond Hypertension Awareness: Detection is Not Enough!, Urban Health, juin 1976, 5:60-80.

Moser, M., On Management of 'Mild Hypertension', Archives of Internal Medicine, 1981, 141:1587-1588.

Mroczek, W.J., Diagnosis and Treatment of Hypertension, American Health Journal, 1973, 85:718.

Mustard, J.F. et al, Rapport du comité sur le régime alimentaire et les maladies cardio-vasculaires, Santé et Bien-être social Canada, Ottawa, 1976.

National Conference on High Blood Pressure Control in the Work Setting, Washington, October 1976, High Blood Pressure Control in the Work Setting: Issues, Models, Resources, Prepared by MSD Health Information Services, Pennsylvania.

O.M.S. Rapport d'un Comité d'experts de l'OMS. Prévention des cardiopathies coronariennes, Série de Rapports techniques 678, Organisation mondiale de la Santé, Genève, 1982.

O.M.S. Rapport d'un Comité OMS d'experts. L'hypertension artérielle, Série de Rapports techniques 628, Organisation mondiale de la Santé, Genève, 1978.

O.M.S. Rapport d'un groupe scientifique de l'OMS. Prévention primaire de l'hypertension essentielle, Série de Rapports techniques 686, Organisation mondiale de la Santé, Genève, 1983.

Ostfeld, A.M., The Elderly Hypertensive Patient: Epidemiologic Review, New York State Journal of Medicine, 1978, 78:1125-1129.

Paffenbarger, R.S., M.C. Thorne and A.L. Wing, Chronic Disease in Former College Students, VIII, Characteristics in Youth Predisposing to Hypertension in Later Years, American Journal of Epidemiology, 1968, 88:25-32.

Pickering, T.G., Treatment of Mild Hypertension and the Reduction of Cardiovascular Mortalities; the 'Of or By' Dilemma, Journal of the American Medical Association, 1983, 249:399-400.

Rudd, P. et al, Department of Medicine, Stanford University Medical Center, Long-Term Consequences of Hypertensive Labeling, Clinical Research, 1983, 31:37A.

Rudnick, K.V., D.L. Sackett, S. Hirst and C. Holmes, Hypertension in a Family Practice, Journal de l'Association médicale canadienne, 1977, 117:492-497.

Rudnick, K.V., Screening for Hypertension: Case Finding, Le Médecin de famille canadien, 1979, 25:1170-1172.

Sackett, D.L., R.B. Haynes and E.S. Gibson et al, Randomized Clinical Trial of Strategies for Improving Medication Compliance in Primary Hypertension, Lancet, 1975, 1:1205-1207.

Sackett, D.L. et al, Rapport du Groupe de travail sur l'hypertension, Conseil ontarien de la santé, 1977.

Sackett, D.L., D.W. Taylor and R.B. Haynes et al, The Short-Term Disadvantages of Being Diagnosed Hypertensive, Clinical Research, 1977, 25:266A.

Sackett, D.L., Screening for Disease: Cardiovascular Diseases, Lancet, 1974, 2:1189-1191.

Santé et Bien-être social Canada, et Statistique Canada, La santé des Canadiens. Rapport de l'enquête Santé Canada, 1981.

Shapiro, A., J. Bleho and M. Curran et al, Problems in the Control of Hypertension in the Community, Journal de l'Association médicale canadienne, 1978, 118:37-40.

Shekelle, R.V., A.M. Ostfeld and H.L. Klawans, Jr., Hypertension and Risk of Stroke in an Elderly Population, Stroke, 1974, 5:71-75.

Shirreffs, Janet, The Relevance of Health Education to Health Activation and Self-Care, Journal of School Health, 1978, 48:419-422.

Silverberg, D.S., Long-Term Follow-Up of a Hypertension Screening Program, Journal de l'Association médicale canadienne, 1976, 114:425-428.

Silverberg, D.S., E.S.O. Smith, B. Juchli and E. VanDorsser, Use of Shopping Centres in Screening for Hypertension, Journal de l'Association médicale canadienne, 1974, 111:769-774.

Stamler, R., F.C. Gosch and J. Stamler et al, A Hypertension Control Program Based on the Workplace, Report of the Chicago Centre, Journal of Occupational Medicine, 1978, 20:618-625.

Stamler, R. and J. Stamler, "Where Do We Go in Hypertension Screening?, Urban Health, 1978, 7:8-9, 16.

Veterans Administration Cooperative Study Group on Antihypertensive Agents, "Effects of Treatment on Morbidity in Hypertension, Results in Patients With Diastolic Blood Pressure Averaging 115 through 129 mm Hg," Journal of the American Medical Association, 1967, 202:1028-1034.

Ward, Graham, W., The National High Blood Pressure Education Program: An Example of Social Marketing in Action, National High Blood Pressure Education Program, National Heart, Lung and Blood Institute, National Institutes of Health, Public Health Service, Department of Health and Human Services, U.S.A.

Weinstein, Milton C., Cost Effectiveness Analysis in Medicine, Australian Medical Association Gazette, juin 1982, p. 25 f.f.

Whitby, L.G., Screening for Disease: Definitions and Criteria, Lancet, 1974, 11:819-822.

White, Carl W. et al, Effective Cardiovascular Health Education in the Young: An Elusive Goal, Evaluation and the Health Professions, 1978, 1:57-70.

World Health Organization/International Society of Hypertension, Mild Hypertension Liaison Committee, Trials of the Treatment of Mild Hypertension: An Interim Analysis, Lancet, 1982, 1:149-156.

Wilson J.M.G. and G. Jungner, Principes et pratique du dépistage des maladies,Organisation mondiale de la Santé, Genève, Cahiers de santé publique, no. 34, 1970.

Wyka, Cheryl A., et al, Group Education for the Hypertensive, Cardio-Vascular Nursing, 1980, 16:1-5.

APPENDICES

Résultats de l'enquête menée auprès des organismes et des associations

Résultats de l'enquête menée auprès des infirmières d'hygiène du travail

Réunion nationale d'août 1982: lettre d'invitation et liste des participants

RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE MENÉE AUPRÈS DES ORGANISMES ET DES ASSOCIATIONS

Le questionnaire sur l'hypertension conçu par le groupe de travail devait servir d'instrument de consultation sur la prévention et le contrôle de l'hypertension artérielle. Il a été remis aux personnes et aux organismes qui semblaient s'intéresser ou avoir un rôle à jouer dans la lutte contre l'hypertension au Canada. Le groupe de travail souhaitait obtenir des renseignements sur la nature des mesures de contrôle en vigueur au Canada, et plus particulièrement sur les programmes communautaires. Le questionnaire devait également servir à recueillir l'opinion des répondants sur ce qui pourrait être fait dans l'avenir.

Les organismes et les personnes qui ont reçu le questionnaire représentaient diverses disciplines qui tombent dans les catégories énumérées ci-dessous. Dans le cas des organismes, le questionnaire était envoyé aussi bien au siège national qu'aux divisions provinciales.

Monde de l'enseignement - Faculté de médecine, de sciences infirmières, de pharmacie et d'art dentaire de toutes les universités canadiennes.

Organismes bénévoles - Fondation canadienne des maladies du coeur et Fondation canadienne des maladies du rein.

Organismes professionnels - Associations provinciales de médecins et d'infirmières, associations de dentistes et de pharmaciens, Collège des médecins de famille (et ses sections provinciales), Société canadienne de l'hypertension, associations d'hôpitaux, Association canadienne d'hygiène publique (et ses sections provinciales).

Services - Ministères fédéraux et provinciaux, conseils locaux de santé (de l'Ontario) et sections de l'Ordre victorien des infirmières du Canada.

Secteur privé - Médecins et infirmières d'hygiène du travail et directeurs des programmes d'hygiène des travailleurs d'un vaste éventail d'entreprises du pays.

Médecins de pratique privée - Médecins de pratique privée généralement associés à des universités et qui avaient déjà participé à des recherches sur l'hypertension ou manifesté de l'intérêt à la question par leur participation aux activités de la Société canadienne de l'hypertension.

Des 748 questionnaires envoyés, 397 ont été remplis; cela représente un taux de réponse de 53 p. 100. Le choix des personnes et des organismes à qui le questionnaire a été envoyé s'est fait d'une manière subjective. Les résultats de l'enquête sont donc quelque peu biaisés en ce sens qu'ils surestiment sans doute l'intérêt que la question du contrôle de l'hypertension suscite au Canada.

Le tableau I présente de façon sommaire les programmes auxquels les répondants ont participé au cours des deux dernières années. Les résultats montrent que dans aucun cas plus de 25 pour cent des répondants ne participaient à des programmes ayant trait aux activités visées, soit l'éducation du public, la postobservation, etc. Parmi ceux qui ont mentionné certains programmes dans ces secteurs précis, quelques-uns à peine participaient à plus d'une activité. Aucun n'était véritablement complet - éducation, dépistage, diagnostic, traitement et postobservation. Le dépistage de l'hypertension constitue de loin l'activité de contrôle la plus répandue, 25 p. 100 des répondants ayant des programmes dans ce domaine. Les activités prennent principalement la forme d'examens tenus irrégulièrement dans la plupart des régions du pays. Certains programmes d'examen étaient organisés sur une base provinciale; dans la grande majorité des cas, toutefois, les examens avaient lieu dans des centres commerciaux ou des foires médicales, et ils prenaient la forme d'une mesure unique dans la tension artérielle. Les programmes d'éducation des malades et du grand public se limitent le plus souvent à la distribution ou à la diffusion de matériel éducatif dans de

petits secteurs géographiques. Certains des répondants ont joint des exemples de ce matériel à leur questionnaire; dans la majorité des cas, la documentation s'inspirait du travail fait aux États-Unis. Le programme d'éducation des professionnels visait principalement les étudiants en médecine et en sciences infirmières. Rares sont les programmes qui semblent s'adresser aux professionnels qui exercent déjà leur métier.

TABLEAU I

PROGRAMMES MIS EN MARCHE AU COURS DES DEUX DERNIÈRES ANNÉES (% DES RÉPONDANTS)

ACTIVITÉ	OUI	OUI, MAIS INTERROMPU	NON
Éducation du public	17,6	4,5	77,8
Éducation des professionnels	21,9	3,5	74,6
Éducation des malades	23,2	2,8	74,0
Dépistage des malades	25,4	6,5	68,0
Diagnostic et traitement	17,4	1,5	81,1
Postobservation	21,7	2,5	75,8
Autre*	7,9	1,3	90,8

*Les réponses données ici concernaient presque toutes des projets de recherche individuels.

La participation de chacun des groupes de répondants peut se résumer comme suit:

<u>Monde de l'enseignement</u> - Les répondants de ce groupe ont indiqué que leurs activités se limitaient à l'enseignement des aspects techniques du diagnostic et du traitement de l'hypertension. Certaines écoles de sciences infirmières ont organisé, avec la participation de leurs élèves, des projets d'examen communautaires. Généralement, il s'agissait cependant d'entreprises éphémères.

<u>Organismes bénévoles</u> - Ces groupes ont indiqué qu'ils participaient surtout à des projets d'examen et, dans une certaine mesure, au financement de travaux de recherche sur l'hypertension.

<u>Organismes professionnels</u> - Pour l'heure, les organismes professionnels ne participent que peu ou pas à la lutte contre l'hypertension. Le Collège des médecins de famille a indiqué que des études sur la médecine familiale en Ontario menées avec l'aide du Collège avaient notamment porté sur le diagnostic et la postobservation de l'hypertension.

<u>Services</u> - La plupart des organismes publics provinciaux et fédéraux ne participent pas encore activement à la lutte contre l'hypertension. Cette observation vaut aussi bien pour les ministères de la santé que les conseils sanitaires de district et les divers organismes centraux du fédéral et des provinces. Un certain nombre d'organismes de soins infirmiers (l'O.V.I., par exemple) et de services infirmiers de bureaux de santé ont indiqué que l'hypertension constituait l'un des états pathologiques pour lesquels ils faisaient des suivis, généralement à la demande des médecins traitants. Certains services infirmiers, et notamment l'O.V.I., ont organisé des programmes d'examen dans des centres commerciaux ou à l'occasion de foires médicales.

<u>Secteur privé</u> - Certains répondants du secteur privé ont indiqué qu'ils disposaient de programmes d'examen et, dans certains cas, de postobservation, en milieu de travail. Ces efforts, toutefois, ne semblaient pas bien organisés; les examens prenaient le plus souvent la forme d'une unique mesure de la tension artérielle des travailleurs suivie ou non de la consultation d'un médecin et, sur demande du médecin, de mesures de postobservation. Ces activités semblent assurées en grande partie par des infirmières. Il convient de signaler que les responsables de l'hygiène au travail qui ont rempli et renvoyé le questionnaire se sont montrés très intéressés par la création de programmes de contrôle de l'hypertension en milieu de travail.

Médecins privés - La plupart des médecins qui ont participé à l'enquête étaient des spécialistes oeuvrant dans la recherche sur l'hypertension ou dans des dispensaires spécialisés dans le diagnostic et le traitement des cas difficiles. La plupart de ces médecins étaient attachés à des universités; certains ont dit participer à des projets d'examen communautaires de petite envergure.

Les données des tableaux II et III confirment celles du tableau I: les efforts concertés - actuels ou prévus - de lutte contre l'hypertension au Canada sont rares, particulièrement au niveau des collectivités.

TABLEAU II

AUTRES ACTIVITÉS DE PRÉVENTION ET DE CONTRÔLE DES CINQ DERNIÈRES ANNÉES (% DES RÉPONDANTS)

ACTIVITÉ	OUI	NON	AUCUNE RÉPONSE
Recherche	20,7	46,3	33,0
Évaluation du niveau de contrôle de la tension artérielle dans la collectivité	7,6	49,9	42,6
Participation à des groupes de travail, etc.	14,4	45,8	39,8
Préparation de rapports, etc.	10,1	46,3	43,6
Autres activités	10,3	35,3	54,4

TABLEAU III

ACTIVITÉS NOUVELLES ET EXPANSIONS PRÉVUES (% DES RÉPONDANTS)

ACTIVITÉ	OUI	NON	AUCUNE RÉPONSE
Activités nouvelles	15,1	50,9	34,0
Expansions	14,4	48,9	37,0

Le tableau IV présente de façon sommaire l'idée que se font les répondants de leur rôle dans la lutte contre l'hypertension artérielle. Le dépistage, l'éducation du public, la recherche et la postobservation ont été choisis par une forte proportion des répondants. Malheureusement, le questionnaire n'avait pas été conçu pour qu'il soit possible d'établir un rapport entre ces activités et le type d'organisme ou la discipline des répondants.

TABLEAU IV

PERCEPTION DU RÔLE À JOUER (% DES RÉPONDANTS)

ACTIVITÉ	%
Contrôle (général)	4,0
Dépistage	25,7
Prévention	3,5
Éducation du public	19,5
Postobservation	9,9
Éducation des médecins	5,7
Éducation du personnel infirmier	5,2
Recherche	10,8
Financement de recherches	1,0
Financement de programmes	1,0
Traitement	3,1
Élaboration de programmes	2,1
Coordination	1,7
Éducation des professionnels de la santé	5,2
Éducation des travailleurs	2,1

Le tableau V résume les formes d'aide requise par les répondants pour entreprendre des activités de contrôle de l'hypertension. Des répondants, 28 p. 100 ont déclaré qu'il leur faudrait un soutien financier. Le personnel spécialisé (21 p. 100) et le matériel éducatif (13 p. 100) viennent respectivement au deuxième et au troisième rang.

TABLEAU V
AIDE REQUISE POUR ENTREPRENDRE DES ACTIVITÉS DE LUTTE CONTRE L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE

(% DES RÉPONDANTS)

AIDE REQUISE	%
Financement de recherches	9,3
Appui de recherches	7,3
Financement de programmes	28,3
Modèle de travail	3,2
Plus de publicité (HA)	5,7
Promotion de la santé	2,4
Coordination	5,3
Personnel spécialisé	21,5
Élaboration de programmes	2,4
Évaluation de programmes	1,2
Matériel éducatif	13,4

Le tableau VI donne un aperçu des réponses à la question 14 du questionnaire. La question 14 comportait une liste de noms d'organismes susceptibles de participer à la lutte contre l'hypertension artérielle ainsi qu'une liste d'activités. La majorité des répondants n'ont utilisé que les noms d'organismes et les activités suggérés.

En gros, une forte proportion des répondants ont indiqué que les ministères de la santé devraient participer à l'élaboration des politiques et des programmes et jouer un rôle en matière d'éducation du public, de coordination et de financement des activités. Aux yeux des répondants, les bureaux de santé locaux auraient davantage un rôle à jouer en matière d'éducation du public, d'observation, de dépistage, d'examen et de postobservation. Ces résultats ont de quoi étonner si l'on songe au fait que les bureaux de santé locaux n'étaient pas bien représentés parmi les répondants. Les associations professionnelles, pour leur part, auraient un rôle à jouer dans l'éducation des professionnels et du public, le dépistage de la maladie, le diagnostic et le traitement des malades. Le secteur privé et les syndicats, enfin, auraient un rôle à jouer dans la promotion des programmes de contrôle en milieu de travail auprès de leurs employés ou de leurs membres. Aux yeux d'une forte

proportion de répondants, tous les organismes énumérés devraient participer à l'éducation du public. On peut donc en conclure que les efforts de lutte contre l'hypertension devraient comporter en priorité un programme d'éducation du public.

TABLEAU VI

PERCEPTIONS DES RÉPONDANTS CONCERNANT LES RÔLES DES ORGANISMES SUSCEPTIBLES DE PARTICIPER À LA PRÉVENTION ET AU CONTRÔLE DE L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE (% DES RÉPONDANTS)

ORGANISMES \ ACTIVITÉ	Élaboration des politiques et programmes	Éducation du public	Éducation des professionnels	Observation	Coordination	Dépistage	Diagnostic et traitement	Suivi	Évaluation des programmes	Financement	Recherche	Consultation	Promotion de la santé
Santé et Bien-être social Canada	26.8	25.8	7.8	4.5	8.1	1.4	<1.0	<1.0	5.6	10.1	4.7	<1.0	3.9
Ministères provinciaux de la santé	25.7	20.9	5.9	6.3	15.3	4.7	<1.0	1.6	6.8	7.6	1.6	<1.0	2.9
Unités de santé locales	8.0	23.5	4.2	13.3	7.6	18.9	5.1	10.7	4.2	1.3	<1.0	<1.0	1.8
Associations médicales	7.2	19.7	28.7	3.0	3.6	11.8	14.3	4.8	2.2	1.0	<1.0	2.0	1.2
Associations d'infirmières	7.1	26.1	28.2	3.5	2.4	14.7	3.5	6.0	3.7	0.0	1.1	1.5	2.4
Associations de santé publique	12.2	35.1	19.3	3.3	5.7	9.5	<1.0	3.5	4.4	1.1	2.5	<1.0	1.9
Associations dentaires	3.8	31.9	33.5	2.7	1.6	22.2	1.0	1.6	<1.0	0.0	0.0	<1.0	<1.0
Associations des hôpitaux	11.0	28.7	23.4	3.4	4.5	9.4	6.0	3.0	3.4	3.0	<1.0	1.5	1.9
Associations de produits pharmaceutiques	6.8	37.8	31.4	1.4	1.4	3.0	2.4	2.7	1.0	5.7	3.4	2.0	1.0
Associations commerciales	7.8	26.6	3.6	5.7	3.3	27.8	2.7	8.4	1.2	1.5	1.8	4.2	5.7
Associations de syndicats	5.4	30.5	4.1	1.9	2.5	12.1	<1.0	2.9	<1.0	2.5	<1.0	4.8	5.7

Le questionnaire se terminait par une question ouverte par laquelle on invitait les répondants à communiquer au groupe de travail leurs commentaires et leurs observations. Rares sont ceux qui y ont répondu. Les avis exprimés témoignent d'une grande diversité de vues sur l'ampleur du problème de l'hypertension au pays. Pour certains, elle constitue un grave problème. D'autres, en revanche, estiment que la lutte contre l'hypertension n'est ni particulièrement importante, ni prioritaire. Certains répondants ont même indiqué que les examens publics présentaient un danger pour les personnes souffrant d'hypertension en ce sens qu'elles risquaient ensuite d'être victimes des conséquences de l'étiquetage. Cette opinion semble suffisamment répandue pour qu'on s'attaque au problème de l'étiquetage dans un éventuel programme d'examen.

En conclusion, les résultats de l'enquête confirment l'absence de programmes bien organisés de lutte contre l'hypertension artérielle au Canada. Cette situation contraste vivement avec le désir manifeste des répondants de participer aux efforts de contrôle. On pourrait donc en conclure que toute tentative de mobilisation et de coordination des ressources consacrées au pays à la lutte contre l'hypertension artérielle serait bien accueillie.

RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE MENÉE AUPRÈS DES INFIRMIÈRES D'HYGIÈNE DU TRAVAIL

Le questionnaire a été conçu par le groupe de travail sur le contrôle de l'hypertension artérielle et soumis à l'examen des présidents des associations provinciales des infirmières d'hygiène du travail. Grâce à leur collaboration, il a été distribué à 2150 infirmières de neuf provinces (il n'y a pas d'infirmières d'hygiène du travail à l'Île-du-Prince-Édouard). L'enquête visait à recueillir des données sur:

a) le genre d'activité des entreprises ou des organismes qui emploient des infirmières d'hygiène du travail;

b) la nature et la portée des programmes de contrôle de l'hypertension artérielle en milieu de travail;

c) en l'absence de programme, les raisons de cette absence et la nature de l'aide requise pour mettre sur pied un programme;

d) les vues des infirmières d'hygiène du travail sur ces programmes.

Les 921 questionnaires remplis (taux de réponse de 43 p. 100) représentaient 758 organismes employant 1 331 563 travailleurs dans huit provinces (l'une des provinces n'a pas participé à l'enquête). Les organismes ont été rangés en dix grandes catégories. Les questionnaires venaient surtout du secteur manufacturier (36,7 p. 100) et des administrations publiques (31,1 p. 100) (cf. tableau 1). Il semblerait donc que la majorité des infirmières d'hygiène du travail sont employées dans ces deux secteurs. Au total, 889 655 personnes étaient desservies dont 50 p. 100 étaient de sexe masculin. 578 infirmières travaillaient seules; 180 organismes possédaient une équipe d'infirmières composée dans 80,5 p. 100 des cas de deux à cinq infirmières; 72 p. 100 de ces équipes oeuvraient dans des organismes qui employaient de 500 à 5000 personnes.

Des 758 organismes qui employaient les infirmières, 499 (65,8 p. 100) ont indiqué qu'ils avaient un programme de contrôle de la tension artérielle; 13 p. 100 de ces programmes avaient moins de un an, 48,7 p. 100, de un à cinq ans, 21 p. 100, de six à dix ans, et 17,2 p. 100, plus de dix ans. Ici encore, ce sont le secteur manufacturier (38 p. 100) et les administrations publiques (30 p. 100) qui avaient les programmes les plus anciens.

Soixante-huit pour cent du secteur manufacturier qui ont des infirmières d'hygiène du travail offrent certains programmes de dépistage de la tension artérielle. Ces programmes représentent 37,9 p. 100 du total de programmes de ce genre.

Les données du tableau 2 n'indiquent aucun lien entre la proportion des travailleurs de sexe masculin dans un milieu de travail et l'existence d'un programme de contrôle de la tension artérielle.

Le tableau 3 révèle que, des 499 programmes en existence, 85,8 p. 100 comportent un aspect sensibilisation/éducation, 86,6 p. 100, des activités de dépistage et d'examen, 85,2 p. 100, des mécanismes d'orientation des malades, 90,8 p. 100, des mesures de postobservation des personnes souffrant d'hypertension, et 78,8 p. 100, diverses formes d'éducation des malades.

TABLEAU 1

NOMBRE TOTAL DE RÉPONSES (ENTREPRISES APPLIQUANT DES PROGRAMMES SUIVANT LES DIFFÉRENTES CATÉGORIES

	Agr. Pêches Forêts	Mines Pétrole	Manuf.	Constr.	Transp. Entrep.	Communic.	Gros Détail	Fin. Immob. Ass.	Gouv. Éduc. Ress. Hum.	Hôtel Alim.	TOTAL
Nombre de réponses	17	70	278	21	10	43	39	24	236	20	758
% de réponses	2,2	9,2	36,7	2,8	1,3	5,7	5,1	3,2	31,1	2,6	100%
Nombre appliquant des programmes	12	48	189	13	7	33	27	14	146	10	499
% de réponses	70,6	68,6	68,0	61,9	70	76,7	69,2	58,3	61,9	50	65,8%
Pourcentage de programmes au total	2,4	9,6	37,9	2,6	1,4	6,6	5,4	2,8	29,3	2,0	100%

TABLEAU 2

RÉPONSES/NOMBRE DE PROGRAMMES/POURCENTAGE D'EMPLOYÉS MASCULINS/SUIVANT L'ENTREPRISE

	Agr. Pêches Forêts	Mines Pétrole	Manuf.	Constr.	Transp. Entrep.	Communic.	Gros Détail	Fin. Immob. Ass.	Gouv. Éduc. Ress. Hum.	Hôtel Alim.	TOTAL
Pourcentage d'entreprises où plus de 50% des employés sont des hommes	88,2	90	87,7	95,2	100	83,7	46,1	16,6	36,4	85	67,7
Pourcentage d'entreprises où moins de 50% des employés sont des hommes	11,8	10	12,3	4,8	0	16,3	53,9	83,4	63,6	15	32,3
Nombre appliquant des programmes	12	48	189	13	7	33	27	14	146	10	499
% des réponses	70,6	68,6	68,0	61,9	70,0	76,7	69,2	58,3	61,9	50	65,8
Nombre et pourcentage d'entreprises n'ayant pas de programme	5	22	89	8	3	10	12	10	90	10	259
	29,4	31,4	32,0	38,1	30,0	23,3	30,8	41,7	38,1	50	34,2

TABLEAU 3

COMPOSANTES DES PROGRAMMES/SUIVANT LES ENTREPRISES

	Agr. Pêches Forêts	Mines Pétrole	Manuf.	Constr.	Transp. Entrep.	Communic.	Gros Détail	Fin. Immob. Ass.	Gouv. Éduc. Ress. Hum.	Hôtel Alim.	TOTAL
Entreprises avec programme	12	48	189	13	7	33	27	14	146	10	499 (100%)
Sensibilisation	12	42	159	10	7	28	26	14	120	10	428 (85,8%)
Triage et dépistage	12	44	161	8	5	26	25	12	130	9	432 (86,6%)
Aiguillage des malades	11	43	164	5	5	25	26	13	125	8	425 (85,2%)
Surveillance/suivi	12	41	172	11	7	31	25	13	131	10	453 (90,8%)
Éducation des malades	11	37	154	6	6	28	22	11	108	10	393 (78,8%)

À la lecture du tableau 4, on apprend que 93 p. 100 des 428 organismes dont le programme comportait des mécanismes de sensibilisation et d'éducation offraient également dans leur programme d'éducation des renseignements sur les habitudes de vie associées à l'hypertension. De nombreux répondants ont donné leur avis sur la valeur des programmes de contrôle de la tension artérielle. On a notamment dit:

que les programmes ouvraient la voie à l'étude d'autres problèmes de santé;
que les travailleurs étaient très réceptifs;
que les programmes contribuaient à réduire l'absentéisme et le nombre des incapacités, à aider les personnes atteintes;
que les programmes motivaient les travailleurs à cesser de fumer, etc.;
que les programmes constituaient un excellent moyen de diffuser des renseignements sur d'autres facteurs de risque;
qu'ils donnaient accès aux services de santé aux personnes qui n'y ont généralement pas recours;
que les programmes devraient contribuer à réduire les sommes consacrées aux soins de santé.

Des 758 organismes représentés par les questionnaires, 259 (34,2 p. 100) ont dit ne pas avoir de programme structuré de contrôle de la tension artérielle (tableau 2). Toutefois, bon nombre ont indiqué qu'ils entretenaient des contacts à cet égard avec les travailleurs; voici quelques exemples des commentaires recueillis: "j'accepte les cas qui sont portés à mon attention"; "de nombreux travailleurs viennent me voir spontanément"; "le contrôle de la tension artérielle est intégré à un programme de promotion de la santé"; "la tension artérielle des employés est mesurée en même temps que les examens de l'ouïe et de la vision"; "la tension artérielle est mesurée tous les ans, lors de l'examen médical"; "je distribue des documents, j'organise des causeries et je présente des films". Des organismes sans programme de contrôle de la tension artérielle 134 (51,7 p. 100) ont manifesté l'intention de combler cette lacune.

TABLEAU 4

COMPOSANTES DES PROGRAMMES/SUIVANT LES ENTREPRISES

	Agr. Pêches Forêts	Mines Pétrole	Manuf.	Constr.	Transp. Entrep.	Communic.	Gros Détail	Fin. Immob. Ass.	Gouv. Éduc. Ress. Hum.	Hôtel Alim.	TOTAL
Sensibilisation et éducation	12	42	159	10	7	28	26	14	120	10	428 100%
Sensibilisation seulement	1	5	13	1	0	1	1	1	6	0	29 6,8%
Usage du tabac	11	35	134	9	7	27	19	12	95	10	359 83,9%
Consommation de sel	10	32	125	8	6	25	18	9	77	9	319 74,5%
Contrôle du poids	11	35	136	7	7	27	22	12	101	10	368 86,0%
Exercice	9	32	118	5	6	21	17	10	91	9	318 74,3%
Stress	7	31	109	5	6	23	17	9	92	8	307 71,7%
Autres	6	5	38	4	1	5	8	2	17	0	86 20,1%

Le tableau 5 montre que 85,8 p. 100 prévoient mettre sur pied un programme de sensibilisation et d'éducation, 74,6 p. 100, des mesures de dépistage, 73,9 p. 100, un système d'orientation, 85,1 p. 100, des mesures de postobservation, et 75,4 p. 100, un programme d'éducation des malades.

En réponse à la question sur l'aide requise pour lancer un programme, 79,8 p. 100 ont déclaré avoir besoin de documentation spécialisée, et 54,5 p. 100, d'aide en matière de planification (cf. tableau 6). Dans leurs commentaires généraux, les infirmières ont indiqué: qu'elles souhaiteraient que les gouvernements participent davantage à la sensibilisation du public; qu'elles aimeraient recevoir de la documentation pour mettre un programme en branle; qu'elles occupent une position de choix dans la lutte contre l'hypertension; que la lutte contre l'hypertension est capitale et que tous les services de santé devraient faire leur part. Apparemment, les ressources financières et l'espace ne semblent pas poser de problèmes. Ces observations confirment toutes la nécessité de créer un mécanisme central de coordination qui offrira ces ressources.

Des organismes (c'est-à-dire 125 ou 48,3 p. 100 de ceux qui n'avaient pas de programme) qui emploient des infirmières d'hygiène du travail ne prévoient pas mettre sur pied un programme de contrôle de la tension artérielle. Les raisons qu'ils invoquent sont présentées au tableau 7; 38,4 p. 100 affirment que d'autres services médicaux adéquats sont déjà disponibles, et 25,6 p. 100, que la direction n'en voit pas la nécessité, sans que le questionnaire nous permette de savoir au juste pourquoi. Certains ont cependant indiqué, dans les commentaires généraux, qu'il était difficile de tirer les employés de leur travail pour les faire participer à un programme.

Les résultats de l'enquête sont rassurants. Ils mettent en évidence ce qui se fait déjà et ce qui pourrait être fait. Enfin, l'enquête a fait ressortir les ressources requises par les infirmières d'hygiène du travail et nous a permis de recueillir des données de base qui contribueront à améliorer le contrôle de la tension artérielle des travailleurs canadiens.

TABLEAU 5

PROJETS DE PROGRAMME/COMPOSANTES/SUIVANT LES ENTREPRISES

	Agr. Pêches Forêts	Mines Pétrole	Manuf.	Constr.	Transp. Entrep.	Communic. .	Gros Détail	Fin. Immob. Ass.	Gouv. Éduc. Ress. Hum.	Hôtel Alim.	TOTAL
Nombre de projets prévus	5	12	54	4	1	3	8	5	36	6	134 100%
Sensibilisation et éducation	4	12	49	3	1	3	7	3	29	4	115 85,8%
Triage/ dépistage	3	9	43	3	1	3	4	5	25	4	100 74,6%
Aiguillage des malades	2	10	40	2	1	2	7	5	26	4	99 73,9%
Suivi	4	12	43	3	1	3	8	5	29	6	114 85,1%
Éducation des malades	2	10	41	3	1	3	7	4	26	4	101 75,4%

TABLEAU 6

RESSOURCES REQUISES/SUIVANT LES ENTREPRISES

	Agr. Pêches Forêts	Mines Pétrole	Manuf.	Constr.	Transp. Entrep.	Communic.	Gros Détail	Fin. Immob. Ass.	Gouv. Éduc. Ress. Hum.	Hôtel Alim.	TOTAL
Nombre d'entreprises songeant à lancer un programme	5	12	54	4	1	3	8	5	36	6	134 100%
Aucune ressource requise	0	0	2	0	0	0	0	1	4	1	8 6,0%
Espace	0	3	1	0	0	0	2	3	6	0	15 11,2%
Argent	0	2	8	1	0	0	1	1	7	0	20 14,9%
Documentation	4	7	48	2	1	3	7	4	26	5	107 79,8%
Aide à la planification	2	4	38	2	1	1	2	3	18	2	73 54,5%
Personnel	0	2	8	1	0	1	1	0	10	2	25 18,7%

TABLEAU 7

AUCUN PROJET DE PROGRAMME/MOTIFS/SUIVANT LES ENTREPRISES

	Agr. Pêches Forêts	Mines Pétrole	Manuf.	Constr.	Transp. Entrep.	Communic.	Gros Détail	Fin. Immob. Ass.	Gouv. Éduc. Ress. Hum.	Hôtel Alim.	TOTAL
Ils ne prévoient pas en établir	0	10	35	4	2	7	4	5	54	4	125 100%
Soins adéquats offerts	0	2	16	1	0	1	1	3	21	3	48 38,4%
Aucun besoin (Direction)	0	3	13	1	1	1	2	1	9	1	32 25,6%
Aucun besoin (Employés)	0	1	2	2	1	0	0	1	6	0	13 10,4%
Programme lancé mais inutile	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	3 2,4%

LETTRE D'INVITATION À LA RÉUNION NATIONALE D'AOÛT 1982 SUR LA PRÉVENTION ET LE CONTRÔLE DE L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE

Le groupe de travail fédéral-provincial sur l'hypertension artérielle organise une rencontre d'une journée au cours de laquelle on examinera divers aspects de l'élaboration de stratégies de prévention et de contrôle. La rencontre aura lieu dans la salle du conseil du Conseil de recherches médicales

Immeuble Jeanne-Mance, 20^{e} étage
Parc Tunney, Ottawa

le mercredi 4 août à 9h.

Graham Ward, coordonnateur du programme de lutte contre l'hypertension du ministère de la santé des États-Unis parlera du programme américain et du principe de la promotion sociale qu'on y a appliqué. Suivra une discussion générale.

Vous êtes cordialement invité à participer à cette rencontre ou à vous y faire représenter. Les membres du comité souhaitent ardemment obtenir des renseignements sur les programmes de lutte contre l'hypertension au Canada et obtenir vos vues sur la question. Auriez-vous en conséquence l'amabilité de vous préparer à discuter des questions suivantes:

a) les programmes actuellement financés par votre organisme
b) la forme que devrait prendre, à vos yeux, une stratégie nationale de lutte contre l'hypertension
c) la nécessité de créer un comité de coordination national, sa composition et son mandat
d) d'autres questions connexes

Les mémoires écrits seront bienvenus.

Nous vous remercions à l'avance de votre participation. Si vous désirez obtenir d'autres renseignements, n'hésitez pas à communiquer avec Harold Colburn au (613) 995-7141 ou avec moi-même, au (902) 892-1652. Auriez-vous enfin l'amabilité de confirmer votre participation à la réunion.

Ella B. MacLeod, M.S., présidente
Groupe de travail fédéral-provincial
sur l'hypertension artérielle

EBM:BB

c.c. Membres du comité
H. Colburn
G.E. Sinclair
D. MacLean

RÉUNION D'AOÛT 1982 SUR LA PRÉVENTION ET LE CONTRÔLE DE L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE

LISTE DES PARTICIPANTS

M. Allan Bierbrier
Directeur adjoint
Association canadienne d'hygiène publique
1335, avenue Carling
Pièce 210
Ottawa (Ontario)
K1Z 8N8

Dr Nicholas Birkett
Professeur adjoint
Département d'épidémiologie et de biostatistique
Université McMaster
1200, rue Main ouest
Hamilton (Ontario)
L8S 4J9

Dr Jacques de Champlain
Président
Société canadienne de l'hypertension
Département de physiologie
Faculté de médecine
Université de Montréal
C.P. 6208, succ. A
Montréal (Québec)
H3C 3T8

Dr Claude Delisle
Conseiller médical principal
Services de santé communautaire
Services de santé
Direction générale des services de la promotion de la santé
Santé et Bien-être social Canada
Parc Tunney
Ottawa (Ontario)
K1A 1B4
(représentant de l'Association des médecins de langue française du Canada)

Mlle Olivette Gareau, directrice
Services de santé communautaire
Services de santé
Direction générale des services et et de la promotion de la santé
Santé et Bien-être social Canada
Pièce 610, Immeuble Jeanne-Mance
Parc Tunney
Ottawa (Ontario)
K1A 1B4

Mme Helen Johansen
Agent d'études sanitaires
Bureau de l'épidémiologie
Laboratoire de lutte contre la maladie
Direction générale de la protection de la santé
Santé et Bien-être social Canada
Immeuble L.L.C.M.
Parc Tunney
Ottawa (Ontario)
K1A 0L2

M. Dennis Kealey
Directeur général
Services de santé
Direction générale des services et de la promotion de la santé
Santé et Bien-être social Canada
Pièce 600, Immeuble Jeanne-Mance
Parc Tunney
Ottawa (Ontario)
K1A 1B4

Dr George Fodor
Vice-doyen
Division de la médecine communautaire
Memorial University of Newfoundland
Saint-Jean (Terre-Neuve)
A1B 3V6
(représentant de la Société canadienne des maladies cardio-vasculaires)

Dr Alexander G. Logan
Président par intérim
Groupe ontarien de travail sur l'hypertension
Pièce 435
Mount Sinai Hospital
600, avenue University
Toronto (Ontario)
M5G 1X5

Dr Eric Nicholls
Agent médical
Division des maladies non transmissibles
Bureau de l'épidémiologie
Laboratoire de lutte contre la maladie
Direction générale de la protection de la santé
Santé et Bien-être social Canada
Immeuble L.L.C.M.
Parc Tunney
Ottawa (Ontario)
K1A 0L2

M. Graham Ward, chef
Health Education Branch
National Heart, Lung and Blood Institute and Coordinator, National High Blood Pressure Education Program
Building 31, Room 4A18
Bethesda, Maryland U.S.A.
20205

M. John J. Vanderlee
Directeur des services professionnels
Association des infirmières et infirmiers du Canada
50, The Driveway
Ottawa (Ontario)
K2P 1E2

Dr Otto Kuchel
Vice-président
Société canadienne de l'hypertension
Institut de recherche clinique
110, avenue des Pins ouest
Montréal (Québec)
H2W 1R7

Dr Richard Lauzon
Directeur de l'éducation du public
Fondation canadienne des maladies du coeur
1, rue Nicholas
Bureau 1200
Ottawa (Ontario)
K1N 7B7

M. Brian Noel, directeur
Finances et administration
Fondation canadienne des maladies du rein
Bureau national
1650, boul. de Maisonneuve ouest
Pièce 400
Montréal (Québec)
H3H 2P3

Mme Shelley Paris, directrice
Programmes médicaux et services aux malades
Fondation canadienne des maladies du rein
Bureau national
1650, boul. de Maisonneuve ouest
Pièce 400
Montréal (Québec)
H3H 2P3

Dr Donald I. Rice
Directeur
Collège des médecins de famille du Canada
4000, rue Leslie
Willowdale (Ontario)
M2K 2R9

MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL

Mlle Ella B. MacLeod, R.N., M.S., présidente
Directrice, Division des sciences infirmières
Ministère de la santé et des services sociaux
B.P. 2000
Charlottetown (Î.-P.-É.)
C1A 7N8

Dr Harold N. Colburn, M.D., M.P.H.
Directeur, Évaluation de santé
Services de santé
Direction générale des services et de la promotion de la santé
Santé et Bien-être social Canada
Pièce 606, Immeuble Jeanne-Mance
Parc Tunney
Ottawa (Ontario)
K1A 1B4

Dr David R. MacLean, C.C.F.P., M.D., M.H.Sc.
Directeur, Bureau de santé de Cobequid
B.P. 40
Truro (N.-É.)
B2N 5B6

Dr Gerald E. Sinclair, M.D., F.R.C.P. (C)
Professeur de médecine
Université de la Saskatchewan et chef, Département de médecine
Centre de santé de Plains
4500, Wascana Parkway
Regina (Saskatchewan)
S4S 5W9